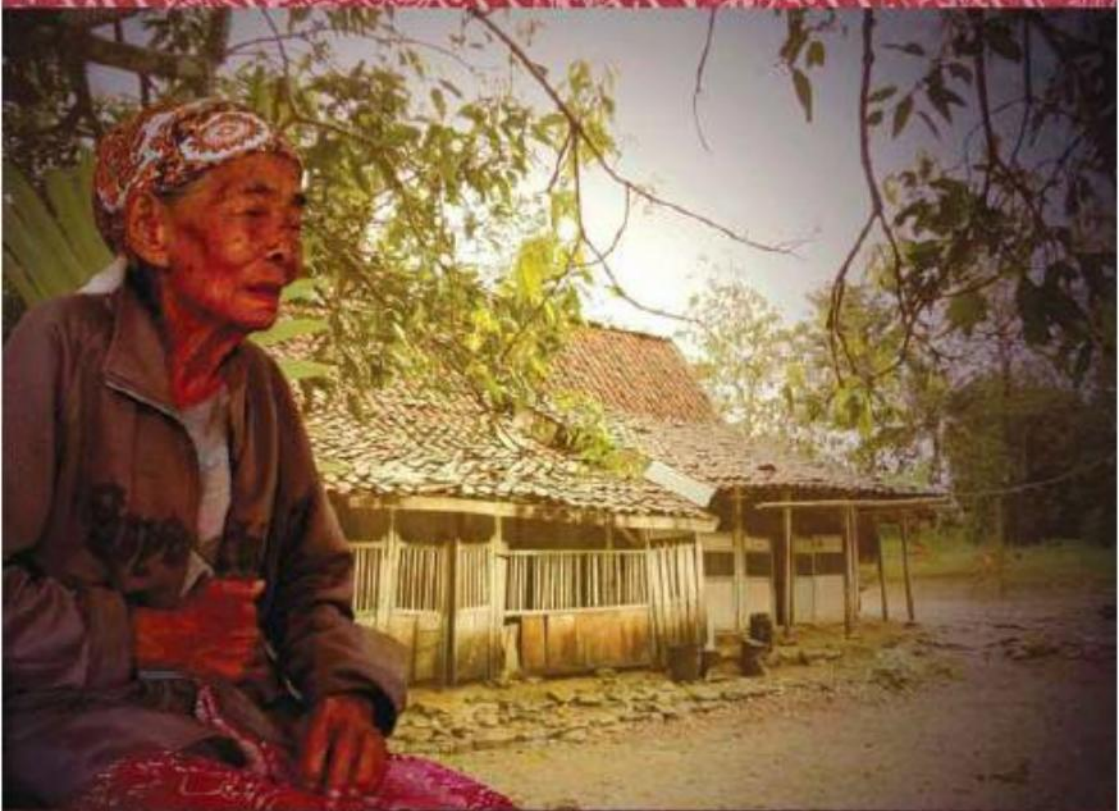
Positioning Dukun Bayi

Studi Kasus Upaya Penurunan Kematian Ibu & Anak di Kabupaten Sampang

Agung Dwi Laksono - Setia Pranata - Wahyu Dwi Astuti

L. Dyson & Agung Dwi Laksono
(editor)

POSITIONING DUKUN BAYI

Studi Kasus Upaya Penurunan Kematian Ibu di Kabupaten Sampang

EDITOR

L. DYSON

(Profesor pada Departemen Antropologi,
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Airlangga,
Surabaya)

AGUNG DWI LAKSONO

(Analis Kebijakan pada
Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan
dan Pemberdayaan Masyarakat, Surabaya)

Penerbit Kanisius

Kontributor

Agung Dwi Laksono adalah seorang analis kebijakan dan Kepala Sub Bidang Analisis Kebijakan di Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Surabaya.

Setia Pranata adalah seorang anthropolog pada Sub Bidang Sosial, Ekonomi dan Budaya di di Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Surabaya.

Wahyu Dwi Astuti adalah seorang dokter dan peneliti pada Sub Bidang Analisis Kebijakan di Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Surabaya.

Kata Pengantar

Kata Pengantar

Semangat Pagi!

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan YME, karena dengan izin-Nya, kami dapat merampungkan buku ini. Buku yang mencoba menampilkan solusi yang humanis terhadap keberadaan dukun bayi di tengah maraknya upaya modernisasi pelayanan persalinan di Indonesia.

Jumlah dukun yang cukup banyak di beberapa kabupaten/kota acapkali diberi label sebagai 'hambatan' dalam setiap upaya penurunan Angka Kematian Ibu, meski beberapa kabupaten/kota telah berupaya mengandeng dukun bayi sebagai 'mitra', dengan perlakuan yang cukup beragam. Kebijakan untuk menjadikannya mitra menjadi sebuah kebi-jakan yang bijaksana dalam menyikapi kondisi setempat.

Penelitian ini didedikasikan juga dalam rangka hal yang sama, upaya pengembangan alternatif kebijakan pemanfaatan 'potensi' lokal, dalam hal ini dukun bayi. Langkah alternatif apa saja yang bisa kita kembangkan dalam rangka *positioning* dukun bayi untuk bisa memberi andil dalam melakukan percepatan penurunan Angka Kematian Ibu.

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada tim penulis yang telah memberikan kontribusinya serta kepada Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan & Pemberdayaan Masyarakat serta semua pihak yang telah membantu dan memberi dukungan sehingga buku ini dapat diterbitkan.

Buku yang kami susun ini tentulah masih jauh dari sempurna, terutama dalam hal substansi solusi yang sangat mungkin memiliki perbedaan dibanding dengan daerah-daerah lain, karena secara substansi hal ini sangat tergantung pada kearifan lokal dalam hal mencari dan menemukan solusi yang paling sesuai dengan kondisi daerah. Karenanya, kami membuka diri untuk setiap masukan dan saran demi kebaikan di masa mendatang.

Semoga bisa menjadi manfaat.

Salam takzim,
Penulis

Daftar Isi

Daftar Tabel

Daftar Tabel

Daftar Gambar

Daftar Gambar

BAB 1

Positioning Dukun Bayi, Sebuah Upaya Pemanfaatan Potensi Lokal

Tim Peneliti

A. Pendahuluan

Pembangunan Kesehatan pada tahun 2010-2014 diprioritaskan pada delapan hal. Peningkatan kesehatan ibu, bayi, Balita dan Keluarga Berencana (KB) menempati urutan pertama dari delapan prioritas pembangunan kesehatan tersebut. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan memerlukan terobosan baru untuk menunjukkan bahwa peningkatan kesehatan ibu, bayi, Balita dan Keluarga Be-rencana menjadi prioritas utama.

Saat ini Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih cukup tinggi dibandingkan dengan negara lain di ASEAN. Menurut Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2007, AKI 228 per 100.000 kelahiran hidup, AKB 34 per 1.000 kelahiran hidup,

Angka Kematian Neonatus (AKN) 19 per 1.000 kelahiran hidup (Badan Pusat Statistik RI., Macro Internasional, USAID., 2007).

Berdasarkan kesepakatan global (*Millenium Development Goals*/MDG's), pada tahun 2015 diharapkan AKI menurun dari 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 menjadi 102 pada tahun 2015. Angka Kematian Bayi (AKB) dari 34 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 menjadi 23 pada tahun 2015 (Kementerian Kesehatan RI., 2011b).

Pada dekade terakhir Angka Kematian Ibu sudah menunjukkan penurunan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya, tetapi hasil SDKI terbaru pada tahun 2012 justru menunjukkan AKI yang tajam menjadi 359 kematian ibu per 100 ribu kelahiran hidup. Upaya-upaya terobosan pemerintah telah banyak dibuat, kebijakan terbaru adalah kebijakan pembiayaan persalinan, Jaminan Persalinan (Jampersal), yang dikeluarkan mulai bulan Maret 2011.

Seiring dengan itu, sejak era reformasi juga telah berlaku kebijakan otonomi daerah atau desentralisasi. Kebijakan yang mengatur pemberian kewenangan pada daerah yang lebih besar, termasuk di dalamnya masalah kesehatan. Kebijakan otonomi daerah memberi porsi yang lebih besar pada kabupaten/kota untuk mengembangkan kebijakan yang lebih *local spesific,* tergantung pada situasi dan kondisi masing-masing wilayah. Kebijakan ini memberi peluang bagi kabupaten/kota untuk melakukan improvisasi kebijakan yang bisa memberi daya ungkit paling besar.

Peluang untuk pengembangan kebijakan yang khas ini idealnya juga dapat dikembangkan oleh kabupaten/kota untuk melakukan percepatan penurunan Angka Kematian

Ibu. Dengan memperhatikan potensi yang ada di wilayah setempat, kebijakan dapat disusun berbeda antara satu daerah dengan daerah lainnya, *local spesific!*

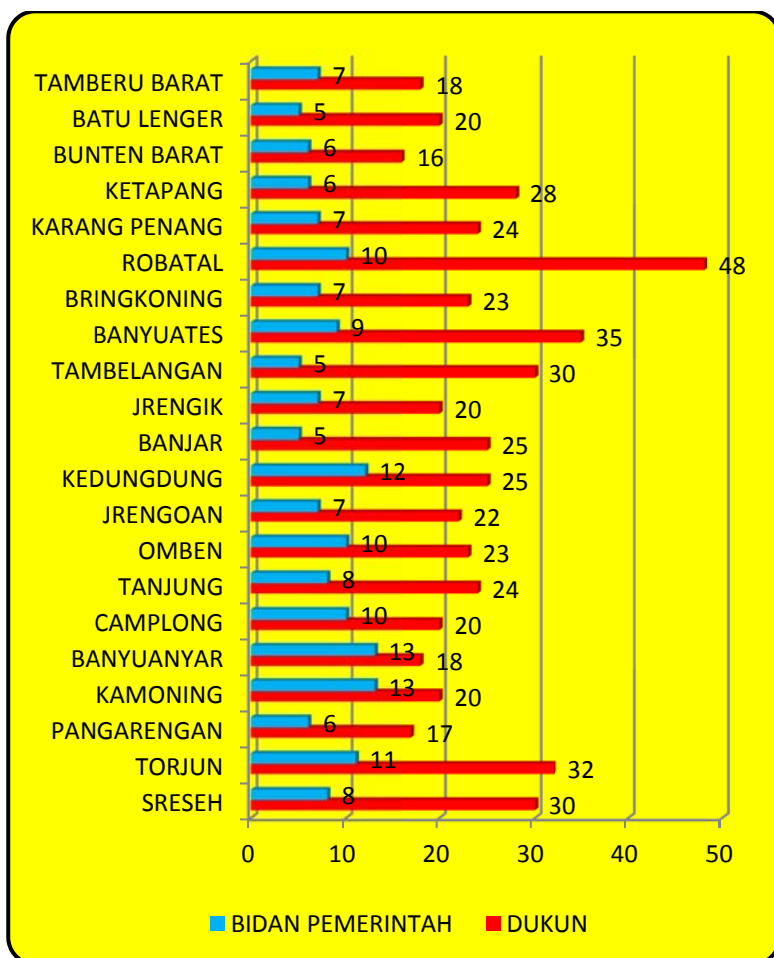
Di beberapa daerah, kabupaten/kota, dalam hal Angka Kematian Ibu sering kali sudah mempunyai 'kambing hitam' yang diangkat sebagai penyebabnya, salah satu yang paling populer adalah persalinan yang ditolong oleh dukun bayi atau *paraji*. Hal ini seiring dengan salah satu indikator kesehatan yang mengadopsi dari kawasan global, yaitu 'persalinan tenaga kesehatan'. Jadi, persalinan yang 'benar' (versi pemerintah) adalah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan (bidan). Persalinan oleh dukun tentu saja menjadi diharamkan.

Ada empat kabupaten di Pulau Madura, yaitu Bangkalan, Sampang, Pamekasan, dan Sumenep mempunyai fenomena yang sama dengan daerah lain di Indonesia. Bahkan untuk kasus AKI dan AKB keempat kabupaten ini sering kali menduduki posisi terakhir di Provinsi Jawa Timur, dan bisa ditebak, dukun menjadi kambing hitam dalam persoalan ini.

Fakta di lapangan menunjukkan situasi yang kurang menguntungkan bagi 'keinginan' yang ada dalam kebijakan persalinan tenaga kesehatan tersebut, di beberapa kabupaten/kota jumlah dukun bayi lebih banyak dibandingkan tenaga bidan.

Profil kesehatan Kabupaten Sampang Tahun 2012 mencatat ada 518 dukun bayi dan 207 bidan, jumlah bidan jauh lebih sedikit dibandingkan dukun bayi. Jumlah bidan tersebut sudah mencakup jumlah bidan pemerintah dan bidan praktik swasta.

Celakanya lagi, banyak kalangan masyarakat yang merasakan jauh lebih nyaman untuk meminta pertolongan pada dukun bayi, yang nyata-nyata memang memberi pelayanan yang jauh lebih memanusiakan. Dukun tidak sekadar menolong persalinan, tetapi juga bersedia merawat bayi, memijat kaki ibu yang kecapekan, dan tindakan lain yang menimbulkan kedekatan dengan pasien.

Sering kali posisi jumlah dukun yang cukup banyak di kabupaten/kota diberi label sebagai 'hambatan' dalam setiap upaya penurunan Angka Kematian Ibu, meski beberapa kabupaten/kota telah berupaya mengandeng dukun bayi sebagai 'mitra', dengan perlakuan yang cukup beragam. Kebijakan untuk menjadikannya mitra menjadi sebuah kebijakan yang bijaksana dalam menyikapi kondisi setempat. Berikut gambar perbandingan jumlah dukun bayi dengan bidan di Kabupaten Sampang.

Gambar 1.1.
Perbandingan Jumlah Dukun dan Bidan Pemerintah berdasarkan Kecamatan di Kabupaten Sampang Tahun 2012.
Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Sampang Tahun 2012

Penelitian ini didedikasikan juga dalam rangka hal yang sama, upaya pengembangan alternatif kebijakan pemanfaatan ‘potensi’ lokal, dukun bayi. Langkah alternatif apa saja yang

dapat kita kembangkan dalam rangka *positioning* dukun bayi untuk dapat memberi andil dalam melakukan percepatan penurunan Angka Kematian Ibu.

Opsi kebijakan yang telah berlaku positif di beberapa kabupaten/kota, dan juga alternatif pilihan kebijakan lainnya sebagai berikut.

1. Menjadikan dukun bayi sebagai mitra yang 'merujuk' ibu hamil ke tenaga kesehatan. Dalam praktiknya, dukun bayi memberitahukan ke tenaga kesehatan saat ada ibu hamil yang datang kepadanya untuk mendapatkan pertolongan persalinan. Pada posisi ini dukun bertindak sebagai perujuk. Dukun bayi bisa mendapat *fee* dari upaya ini. Kebijakan untuk menjadikan dukun sebagai mitra ini cukup populer di beberapa wilayah.
2. Menjadikan dukun bayi sebagai 'asisten' bidan. Dalam alternatif kebijakan ini, dukun bayi membantu bidan dalam menolong persalinan, juga melakukan perawatan ibu pasca nifas serta perawatan bayinya.
3. Menjadikan dukun bayi sebagai 'kader' kesehatan dan memberikan insentif bulanan. Langkah ini dinilai efektif untuk merangkul dukun bayi serta memanfaatkan 'pengaruh'-nya yang besar untuk kepentingan kese-hatan.
4. Menjadikan dukun bayi tetap sebagai tenaga penolong persalinan. Opsi kebijakan ini terpaksa dilakukan di bebe-rapa daerah dikarenakan jumlah tenaga kesehatan yang tidak sesuai dengan jumlah wilayah yang harus dilayani. Keputusan ini diambil dengan memberikan pelatihan khusus pada dukun bayi tentang *hygiene* persalinan, dan bahkan di satu kabupaten di Papua

sempat diadakan pelatihan Asuhan Persalinan Normal pada dukun bayi.

5. Menjadikan dukun bayi sebagai *host* rumah bersalin. Dukun bayi diberlakukan sebagai 'manajer' rumah bersalin, atau bisa juga menjadikan rumah dukun sebagai rumah bersalin. Opsi kebijakan ini diambil dengan tetap menggunakan tenaga kesehatan sebagai tenaga penolong persalinan. Kebijakan yang sepertinya terlihat langkah mundur, tetapi sebenarnya maju beberapa langkah kemudian.

Lima opsi kebijakan itulah yang telah berlaku di beberapa wilayah, dengan *feasibility* implementasi yang berbeda-beda di setiap wilayah. Tentu saja opsi-opsi kebijakan ini masih *debatable*. Besar harapan masih muncul alternatif-alternatif kebijakan lain yang dapat memberikan 'jalan' bagi kabupaten/kota untuk membuat kebijakan yang lebih *local spesific*.

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, beberapa pertanyaan yang dijawab dalam buku ini adalah sebagai berikut.

1. Bagaimana upaya pelaksanaan kesehatan ibu dan anak di Pulau Madura?
2. Bagaimana peran dukun bayi dalam pelaksanaan upaya persalinan di Madura?
3. Bagaimana peran sosial dukun bayi di masyarakat Madura?
4. Bagaimana strategi *positioning* Dukun Bayi dalam upaya Penurunan Kematian Ibu dan Anak di Pulau Madura?

Upaya pencarian opsi kebijakan tentang dukun bayi ini dirumuskan oleh penulis dengan mengadopsi sebuah strategi yang lazim dipakai dalam konsep pemasaran. Strategi *segmentation-targeting-positioning* (STP).

B. Konsep dan Teori Strategi STP

Perusahaan dewasa ini mendapati bahwa ia semakin tidak memperoleh keuntungan dengan menerapkan pemasaran massal atau pemasaran keanekaragaman produk. Pasar massal menjadi terurai. Mereka terpecah menjadi ratusan pasar mikro yang ditandai oleh pembeli yang berbeda-beda yang mencari produk yang berbeda dalam saluran distribusi yang berbeda dan menghadiri saluran komunikasi yang berbeda (Kotler, *et al.,* 1999).

Pemasaran memerlukan tiga langkah utama. *Pertama*, segmentasi pasar *(market segmentation),* yaitu mengidentifikasi dan mengenali kelompok pembeli yang mungkin membutuhkan produk dan atau bauran pemasaran yang terpisah. *Kedua*, penetapan pasar sasaran *(targeting),* yaitu tindakan memilih satu atau lebih segmen pasar untuk dimasuki. *Ketiga*, *positioning* pasar, yaitu membuat dan mengomunikasikan manfaat kunci suatu produk di dalam pasar (Kotler, *et al.,* 1999). Ketiga langkah inilah yang disebut sebagai sebuah langkah atau strategi STP (*Segmentation, Targeting,* dan *Positioning*).

Segmentation

Segmentasi pasar *(Market segmentation)* adalah langkah pemasaran yang berorientasi pada pelanggan, dan hal

ini konsisten dengan konsep pemasaran. Dalam segmentasi, kita mengidentifikasi apa yang menjadi keinginan konsumen dalam sub-*market* (segmen) dan menjadikannya landasan untuk membangun bauran pemasaran *(marketing mix)* untuk memuaskan keinginan pelanggan tersebut (Etzel, *et al*., 1997).

Dalam pasar terdapat banyak pembeli yang berbeda-beda dalam satu atau lain hal. Mereka dapat berbeda dalam keinginan, daya beli, lokasi geografis, perilaku pembelian, dan praktik pembelian mereka. Setiap variabel ini dapat digunakan untuk melakukan segmentasi suatu pasar. Variabel yang bisa dijadikan sebagai dasar segmentasi adalah geografis dan demografis. Variasi geografis yang umum dipakai sebagai dasar adalah pendekatan wilayah, kepadatan atau iklim. Variasi demografis dengan pendekatan kelompok umur, jenis kelamin, ukuran keluarga, jenis keluarga, siklus hidup keluarga, pendidikan, agama, ras, dan kewarganegaraan. Variabel lain yang sering kali dipakai selain variasi geografis dan demografis adalah variabel tingkat penghasilan, psikografis (gaya hidup, kelas sosial, kepribadian) dan perilaku (peristiwa, manfaat, status pemakai, tingkat pemakaian, status kesetiaan, tahap kesiapan dan sikap terhadap produk) (Kotler, *et al.,* 1999).

Targeting

Segmentasi pasar menyingkap peluang pasar yang dihadapi perusahaan. Perusahaan sekarang harus mengevaluasi bermacam-macam segmen dan memutus-kan berapa banyak dan mana yang akan dijadikan sasaran. Dalam mengevaluasi segmen pasar yang berbeda, perusahaan harus memperhatikan tiga faktor, yaitu ukuran dan pertumbuhan

segmen, daya tarik struktural segmen, serta tujuan dan sumber daya perusahaan. Setelah mengevaluasi segmen-segmen yang berbeda, perusahaan harus memutuskan segmen mana dan berapa banyak segmen yang akan dilayani. Hal tersebut merupakan masalah pemilihan pasar sasaran. Ada 5 (lima) pola *targeting* pasar sasaran yang biasa dipakai oleh perusahaan, yaitu (Kotler, *et al.,* 1999):

1) konsentrasi segmen tunggal,
2) spesialisasi selektif,
3) spesialisasi produk,
4) spesialisasi pasar, dan
5) cakupan seluruh pasar.

Positioning

Positioning adalah unsur ketiga dari strategi STP, di mana pemasar mencoba memutuskan posisi produk di pasar yang hendak dituju. Pemasar menjelaskan pada konsumen dan mencoba menanamkan di benak mereka tentang keunggulan produk dan bagaimana keunikannya dibandingkan produk pesaing. Merek Canon misalnya, diposisikan pada pasar fotokopi dengan menonjolkan *differential advantage* dalam kemampuannya menggandakan dokumen dengan volume tinggi, pengoperasian berbiaya rendah, dan keandalannya. Contoh lain adalah maskapai Lion Air dan Airasia, diposisikan dalam segmen bisnis perjalanan udara dengan penetapan harga yang sangat terjangkau dan layanan penerbangan cukup baik. Jadi *positioning* merupakan proses untuk merancang suatu citra atau nilai sehingga konsumen dalam segmen sasaran memahami apa yang ditawarkan perusahaan

atau merek jika dibandingkan dengan para pesaingnya. Dalam melakukan hal ini, pemasar menyampaikan pesan pada konsumen dan mencoba membangun keunggulan kompetitif yang diharapkan bisa mengundang minat konsumen dalam segmen sasaran (Sulaksana, 2008).

Langkah selanjutnya setelah implementasi strategi STP adalah pemasaran sosial. Pemasaran sosial ini sedikit berbeda dengan pemasaran komersial pada umumnya. Karena yang hendak di-'jual' adalah tidak dimaksudkan untuk sebuah keuntungan komersial.

Pemasaran Sosial

Menurut French Blair Stevens (2007), pemasaran sosial adalah penerapan sistematis dari ilmu pemasaran, di samping penerapan konsep dan teknik lain untuk mencapai sebuah tujuan perilaku tertentu, untuk tujuan kebaikan sosial. Pemasaran sosial menurut Andreasen (1995), penerapan teknologi pemasaran yang dikembangkan di sektor komersial untuk solusi dari masalah-masalah sosial di mana intinya adalah perubahan perilaku. Hal yang mirip dilontarkan oleh Kotler & Lee (2008, 2011), mendefinisikannya sebagai sebuah proses yang menerapkan prinsip-prinsip, alat dan teknik pemasaran, untuk menciptakan, berkomunikasi dan memberikan nilai untuk memengaruhi perilaku sasaran yang menguntungkan bagi masyarakat.

Meski pemasaran sosial terlihat hanya sebagai penggunaan pemasaran komersial standar untuk mencapai tujuan nonkomersial, pandangan ini dinilai terlalu menyederhanakan. Tujuan utama dari pemasaran sosial adalah kebaikan sosial,

sedangkan pada pemasaran komersial tujuan utamanya adalah keuntungan keuangan. Meski juga tidak berarti bahwa pemasar komersial tidak dapat berkontribusi terhadap pencapaian sosial yang baik.

Truss (2010), menggambarkan pemasaran sosial ibaratnya seperti memiliki dua orang tua. Orang tua *pertama* adalah 'orang tua sosial', termasuk ilmu sosial dan pendekatan kebijakan sosial, dan orang tua *kedua* adalah 'orang tua pemasaran', termasuk pendekatan pemasaran sektor komersial dan publik.

Dalam upaya yang berfokus pada pelanggan, pelanggan dalam hal ini adalah masyarakat, pemasaran sosial didasarkan pada pemahaman yang kuat dari target audiens. Pemahaman ini dikembangkan dari pengamatan, data demografi dan epidemiologi, bersama-sama dengan riset pasar dan konsumen. Riset konsumen digunakan untuk mengidentifikasi karakteristik dan kebutuhan pelanggan, serta pemahaman dan kecerdasan *stake holder* utama. Berbagai analisis dalam penelitian yang berbeda, sintesis dan pendekatan fusi pada data, digunakan untuk mengembangkan pemahaman yang kuat terhadap motivasi, kebutuhan, keinginan, dan faktor-faktor pendukung yang ada di masyarakat, dan hambatan yang mereka hadapi dalam mengadopsi perilaku yang ditargetkan (French, 2011).

Sampai saat ini, cara pemasaran sosial yang paling umum digunakan dan diterapkan secara operasional, sebagai sebuah proses tertentu untuk mencapai perubahan perilaku dengan audiens tertentu dalam kaitannya dengan topik tertentu. Namun, semakin diakui bahwa pemasaran sosial, dapat dan harus diterapkan pada tataran kebijakan.

Misalnya asumsi bahwa media massa kampanye diperlukan, yang akan sangat membantu dengan pendekatan pemasaran sosial untuk menginformasikan perumusan kebijakan dan pengembangan strategi. Strategi pemasaran sosial ditujukan untuk menilai dan mengkaji semua opsi intervensi potensial berdasarkan apa yang diketahui pelanggan, yang mengindikasikan akan sangat bermanfaat dan efektif dalam sebuah program aksi (French, 2011).

Pemasaran sosial memiliki fokus yang jelas untuk mencapai dampak pada perilaku masyarakat. Sebuah analisis perilaku yang luas dilakukan untuk mengembangkan gambaran pola perilaku saat ini dan trennya. Hal ini untuk memastikan dua hal, 'masalah perilaku', dan 'perilaku yang diinginkan'. Intervensi tersebut kemudian dikembangkan untuk fokus pada perilaku tertentu (melampaui hanya berfokus pada penyampaian informasi, pengetahuan, sikap, dan keyakinan). Lebih lanjut French (2011), menjelaskan bahwa intervensi berusaha untuk mengatasi empat masalah perilaku kunci yang tidak hanya berfokus pada 'perubahan perilaku'.

1. Perumusan pembentukan perilaku
   Memahami atas apa yang membantu memicu dan membentuk perilaku saat pertama (pastikan untuk melihat kedua masalah dan perilaku yang diinginkan).
2. Pemeliharaan dan penguatan perilaku
   Memahami dan mempertahankan perilaku yang terbentuk dari waktu ke waktu (pastikan lagi untuk melihat kedua masalah dan perilaku yang diinginkan).

3. Perubahan perilaku
   Memahami apa yang akan bergerak dan memotivasi atau membantu orang untuk membuat perubahan dan hambatan apa yang perlu diatasi.
4. Kontrol Perilaku
   Memahami bagaimana pendekatan sukarela *(voluntary approaches)* tidak dapat bekerja, dan bagaimana kriteria etis dapat membenarkan penggunaan persyaratan atau kontrol untuk memengaruhi perilaku dalam konteks tertentu.

C. Studi Tentang Dukun Bayi

Penelitian Mohtarulah (2006), yang dilaksanakan di Kabupaten Pamekasan menunjukkan bahwa bentuk perawatan yang dilakukan oleh dukun bayi dapat dibedakan dalam dua macam konsep. Konsep *pertama*, perawatan bayi yang berupa tindakan dalam bentuk fisik melalui bantuan dukun bayi dan tradisi kesehatan yang bersifat religi berupa upacara-upacara adat penyambutan bayi. Konsep perawatan bayi yang berupa tindakan dalam bentuk fisik melalui bantuan dukun bayi dapat dikelompokkan dalam 3 macam jenis, antara lain:

1) perawatan kebersihan dan kesehatan bayi,
2) perawatan bayi sakit, dan
3) terapi pemijatan bayi.

Konsep *kedua,* tradisi kesehatan perawatan bayi yang bersifat religi, yang dilaksanakan oleh masyarakat sebagai upaya penjagaan kesehatan, keselamatan, dan perkembangan pertumbuhan berupa upacara-upacara adat penyambutan kelahiran bayi, antara lain:

1) upacara *mendham ari-ari*,
2) upacara *brokohan*,
3) upacara *puputan* atau *dhautan*,
4) upacara *sepasaran,*
5) upacara *selapanan*, dan
6) upacara *toron tana/teddhak sinten*.

Setiap bentuk konsep atau jenis serta macam-macam perawatan yang dilakukan oleh masyarakat memiliki metode dan cara karakteristik tersendiri yang mengandung makna khusus dan dipercaya masyarakat dapat meningkatkan, menjaga, melindungi kesehatan masyarakat. Alat-alat dan bahan yang digunakan kebanyakan bersifat alami, alat dan bahan tersebut memiliki makna dan fungsi khusus (Mohtarulah, 2006).

Hasil penelitian eksperimen semu *(Quasi exsperimental)* dengan rancangan *The Non Randomized Control Pretest Posttest Design* yang dilakukan oleh Syarifah (2004), pada dukun bayi di Bojonegoro menemukan hasil bahwa terdapat peningkatan pengetahuan dukun bayi setelah mendapat latihan dengan metode simulasi, demikian juga dibandingkan dengan metode ceramah maka peningkatan pengetahuan yang diberi latihan dengan metode simulasi lebih tinggi. Perilaku dukun bayi yang mendapat latihan dengan metode simulasi berbeda dari sebelum beri latihan.

Dalam penelitian dapat disimpulkan bahwa secara statistik tidak terdapat perbedaan perilaku dukun bayi yang mendapat pelatihan sebelum dan sesudah latihan. Dengan demikian latihan memang selalu dibutuhkan dukun bayi untuk meningkatkan perilaku. Berdasarkan analisis data sekunder

dan observasi, telihat ada perbedaan perilaku rujukan dukun bayi yang diberi latihan berbeda. Pelatihan dengan metode simulasi terlihat lebih tinggi dari ceramah.

Penelitian lainnya yang dilakukan di Semarang oleh Asteria Unik Prawati (1994), menemukan bahwa karakteristik dukun bayi sebagian besar termasuk kelompok usia dewasa tua, tidak sekolah serta sebagian besar selama kurang dari lima tahun menjadi dukun bayi terlatih. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan dukun bayi tentang penanggulangan Tetanus Neonatorum ternyata termasuk dalam katagori sedang, dan dari kelima karakteristik, yang berkaitan dengan tingkat pengetahuannya adalah pendidikan formal dukun bayi, frekuensi bimbingan petugas puskesmas dan frekuensi kunjungan dukun bayi kecamatan puskesmas. Adapun sikap dukun bayi dalam penanggulangan Tetanus Neonatorum sebagian besar dalam katagori tidak setuju, dan sikap ini berkaitan dengan tingkat pengetahuannya. Dalam praktiknya dukun bayi dalam penanggulangan Tetanus Neonatorum sebagian besar termasuk dalam katagori baik dan kurang, hal ini berkaitan dengan tingkat pengetahuan dan sikapnya. Hasil lainnya juga mengungkap bahwa kelengkapan isi *dukun kit* berkaitan pula dengan praktik dukun bayi dalam penggulanggan *Tetanus Neonatorum*.

Hasil penelitian Munir Salham (2007), menemukan hasil bahwa kemitraan bidan di desa dengan dukun bayi sudah menampakkan tanda-tanda yang menggembirakan. Kemitraan bidan-dukun dinilai masih berjalan lancar, saling mendukung, dan tanpa menimbulkan *image* persaingan.

Tetapi kemitraan yang sementara berjalan sekarang ini masih dalam batas pemaknaan *transfer knowledge*, masih

dalam bentuk pembinaan cara-cara persalinan yang higienis dari bidan kepada Dukun Bayi. Kemitraan belum mengatur kesepakatan mengenai uraian tugas dan fungsi masing-masing, juga belum mengarah pada alih peran pertolongan persalinan secara optimal. Dikhawatirkan di masa mendatang, pembinaan yang dilakukan oleh bidan justru memberikan peran baru Dukun Bayi. Ketakutan lain adalah bertambahnya jumlah dukun, dan menaikkan status mereka, dan bahkan semakin menambah kepercayaan dukun dalam menjalankan profesinya secara sendiri-sendiri.

D. Metode Penelitian

Penelitian yang lebih bersifat *problem solving* lapangan ini adalah penelitian nonintervensi yang tergolong dalam jenis penelitian studi kasus, yaitu suatu penelitian yang dilakukan secara mendalam tentang peran dukun bayi dalam upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) pada entitas masyarakat di Pulau Madura, khususnya di Kabupaten Sampang.

Penelitian ini merupakan penelitian dengan desain *repeated crossectional*, yaitu suatu penelitian *crossectional* yang proses pengambilan datanya dilakukan berulang. Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Robatal Kabupaten Sampang selama 10 (sepuluh) bulan mulai bulan Maret 2013 sampai dengan akhir bulan Desember 2013. Dalam penelitian ini proses strategi STP yang dilakukan mengikuti alur strategi seperti Gambar 1.2.

Informasi dalam penelitian ini diambil berorientasi pada tujuan dari penelitian ini. Beberapa informan tersebut

dikelompokkan berdasarkan tehnik pengumpulan data sebagai berikut.

1. Untuk wawancara mendalam, informan ditentukan secara purposif, yaitu metode pengambilan informan dengan cara ditentukan peneliti berdasarkan substansi penelitian. Wawancara mendalam dilakukan pada dukun bayi, tenaga kesehatan dan tokoh masyarakat.

Gambar 1.2.
Strategi STP pada Penelitian *Positioning* Dukun Bayi

2. Untuk FGD *(Focus Group Discussion),* ada 3 (tiga) seri FGD yang dilakukan, yang terdiri atas.
   a. Ibu rumah tangga, peserta diskusi dipilih secara purposif dari ibu-ibu yang mewakili ibu-ibu dalam beragam paritas sebagai gambaran wanita yang sudah melewati masa persalinan lebih dari satu kali.

b. Remaja putri, peserta diskusi dipilih secara purposif dari remaja putri yang siap untuk menikah secara kultur Madura. Kelompok ini dipilih sebagai gambaran wanita yang akan melewati masa persalinan pada pertama kalinya.

c. Tokoh masyarakat, peserta diskusi dipilih secara purposif dari para tokoh masyarakat yang dianggap mengetahui struktur sosial dan mempunyai *power* di masyarakat Madura. Kelompok ini dipilih sebagai perwakilan gambaran masyarakat Madura yang menganut sistem paternal.

Fokus penelitian yang akan digali dalam penelitian ini terpapar dalam Tabel 1.1 berikut:

Tabel 1.1.
Fokus Penelitian '*Positioning* Dukun Bayi'

FOKUS PENELITIAN	DEFINISI OPERASIONAL
Dukun bayi	Profesi seseorang yang dalam aktivitasnya, menolong proses persalinan, merawat bayi mulai dari memandikan, menggendong, belajar berkomunikasi dan lain sebagainya. Dukun bayi biasanya juga selain dilengkapi dengan keahlian atau *skill*, juga dibantu dengan berbagai mantra khusus yang dipelajarinya dari pendahulu mereka. Proses pendampingan tersebut berjalan sampai dengan bayi berumur 2 tahunan. Tetapi, pendampingan yang sifatnya rutin sekitar 7-10 hari pasca melahirkan (Wikipedia, 2012).

FOKUS PENELITIAN	DEFINISI OPERASIONAL
Segmentation	Proses pembagian (segmentasi) kelompok/ masyarakat berdasarkan paritas ibu. Dalam penelitian ini paritas ibu dibagi menjadi 2 (dua) segmen, yaitu: 1) segmen pertama adalah ibu dengan kehamilan pertama; 2) segmen kedua adalah ibu dengan kehamilan yang lebih dari satu kali.
Targeting	Proses mengevaluasi dan membandingkan kelompok/masyarakat pemakai jasa pelayanan dukun bayi.
Positioning	Penanaman posisi 'baru' dukun bayi dalam benak masyarakat; merupakan sebuah proses untuk merancang suatu citra atau nilai dukun bayi, sehingga masyarakat memahami apa yang ditawarkan dalam posisinya di sistem pelayanan kesehatan ibu dan anak.
Upaya pelaksanaan kesehatan ibu dan anak	Upaya perawatan kesehatan ibu dan bayi mulai dari kehamilan, persalinan, dan sampai dengan masa nifas.
Peran dukun bayi dalam pelaksanaan upaya persalinan	Peran dukun bayi dalam sebuah proses persalinan. Baik perlakuan terhadap ibu bersalin maupun bayinya.
Peran sosial dukun bayi	Peran dukun bayi dalam struktur sosial yang berlaku di masyarakat di Wilayah Puskesmas Robatal Kabupaten Sampang.
Masyarakat Madura	Seluruh masyarakat Madura yang menempati wilayah di Puskesmas Robatal Kabupaten Sampang.

Penelitian dilakukan dengan menggunakan instrumen panduan wawancara untuk pengumpulan data dengan cara wawancara mendalam pada dukun bayi, tenaga kesehatan, dan tokoh masyarakat. Panduan wawancara hanyalah alat bantu, instrumen utama dalam penelitian kualitatif adalah peneliti itu sendiri. Selain itu juga dipergunakan instrumen panduan *focus group discussion* untuk mendapatkan data yang menjadi fokus penelitian pada ibu rumah tangga, remaja putri dan tokoh masyarakat.

Pengawasan kualitas data dilakukan dengan beberapa cara. Diantaranya adalah dengan *logbook* dari ketua pelaksana penelitian dan anggota penelitinya, serta verifikasi melalui metode triangulasi.

Triangulasi dilakukan dengan empat cara, yaitu sebagai berikut.

1) Informan; untuk satu fokus penelitian yang sama dilakukan pengumpulan data lebih dari satu jenis informan.
2) Peneliti; pengumpulan data dilakukan oleh 3 (tiga) peneliti yang berbeda.
3) Metode pengumpulan data; data yang sama dilakukan pengumpulan data dengan 2 (dua) metode yang berbeda; wawancara mendalam dan *focus group discussion.*
4) Teori; menganalisis satu tema bahasan dengan beberapa teori yang berbeda.

Daftar Pustaka

Andreasen, A.R., 1995. *Marketing Social Change - Changing Behaviour to Promote Health, Social Development, and The Environment.* Jssey – Bass Publishers, San Fransisco, Cal.

Badan Pusat Statistik RI., Macro Internasional, USAID., 2007. *Laporan Survey Demografi Kesehatan Indonesia Tahun 2007*, Badan Pusat Statistik RI., Jakarta.

Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, 2012. *Profil Kesehatan Kabupaten Sampang Tahun 2012*. Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, Sampang.

Etzel, Michael J., Bruce J. Walker, William J. Stanton, 1997. *Marketing, 11th Edition.* The McGraw-Hill Companies, Inc, New York.

French, Jeff, 2011. *Social Marketing Concepts and Principles*. Diunduh pada bulan Agustus 2012 pada http.strategic-social–marketing.org.

Kementerian Kesehatan RI., 2011b. Jampersal Solusi Persalinan. *Mediakom edisi 29/April 2011.*

Kotler, Philip, Swee Hoon Ang, Siew Meng Leong, Chin Tiong Tan, 1999. *Manajemen Pemasaran, Perspektif Asia.* Penerbit Andi, Yogyakarta.

Kotler, Phillip & Nancy R. Lee, 2008. *Social Marketing: Influencing Behaviors for Good.* Sage.

Laksono, Agung Dwi & Rachmawati, Tety, 2013. "*Tantangan Determinan Sosial Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak*" dalam *Determinan Sosial Kesehatan Ibu dan Anak.* Kanisius, Yokyakarta

Lee, Nancy R. & Philip Kotler, 2011. *Social Marketing: Influencing Behaviors for Good.* Sage.

Mohtarulah, Achmad Suhedi, 2006. Studi Perawatan Bayi Tradisional Di Desa Pademawu Barat Kecamatan Pademawu Kabupaten Pamekasan. *Skripsi.* Universitas Muhammadiyah Malang.

Prawati, Asteria Unik, 1994. *Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Praktik Dukun Bayi Terlatih dalam Penanggulangan Tetanus Neonatorum di Kecamatan Pamoran Kabupaten Semarang*. Thesis. Universitas Diponegoro, Semarang.

Salham, Munir, Ferry Baan, Arianto, Nurhayati Mansyur, Isbon Pageno. 2007. *Kemitraan Bidan dengan Dukun Bayi dalam Rangka Alih Peran Pertolongan Persalinan di Sulawesi Tengah.* Kerja sama Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah dengan Fakultas Ekonomi Universitas Tadulako.

Stevens, French Blair, 2007. *Big Pocket Book of Social Marketing.* NSMC, London.

Sulaksana, Uyung, 2008. *Positioning: Informasional Atau Transformasional*. Diunduh pada bulan Agustus 2012 dari http://www.*uyungs.wordpress.com.*

Syarifah, 2004. *Pengetahuan dan Perilaku Dukun Bayi Tentang Kasus Risiko Tinggi dan Rujukan Puskesmas Setelah Mendapat Latihan dengan Metode Pemainan Simulasi*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara, Medan.

Wiyata, 2006. *Carok, Konflik kekerasan dan harga Diri Orang Madura*. *Edisi ke-dua*. LKiS, Yogyakarta.

Wiyata, 2012. *Mencari Madura*. Bidik Phronesis Publishing, Jakarta.

Bab 2

Masyarakat Madura dalam Stereotipe

Agung Dwi Laksono

A. Pendahuluan

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Sampang, tetapi karena secara umum empat kabupaten di Pulau Madura mempunyai karakteristik sosial dan budaya yang sama, maka bahasan dalam bab ini tentang konsep dan budaya dilakukan tidak secara spesifik pada Kabupaten Sampang saja, tetapi pada masyarakat Madura secara keseluruhan. Pembahasan fakta-fakta statistik secara spesifik merujuk pada Kabupaten Sampang, termasuk nilai-nilai *(value)* budaya yang secara spesifik muncul di daerah penelitian akan tetap diungkapkan.

Pada bab ini dibahas tentang Letak dan Geografis Pulau Madura, juga diuraikan tentang Penduduk dan Mata Pencaharian, Agama dan Kepercayaan, Pola Pemukiman, juga membahas tentang Konsep *Bhuppa'-Babhu'-Ghuru-Rato* dan Kedudukan Wanita dalam Pandangan Orang Madura. Hal ini penting untuk diuraikan agar dalam bahasan selanjutnya kita

mempunyai modal cukup untuk memahami beberapa konsep yang melatarbelakangi setiap pola berpikir, tindakan dan perilaku masyarakat Madura.

Selain itu, dibahas pula tentang Lingkaran Setan: kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah, dan buruknya status kesehatan. Hal ini merupakan realitas yang terjadi di seluruh pulau garam tersebut.

B. Letak dan Geografis

Pulau Madura dibagi menjadi 4 (empat) kabupaten mulai dari Barat ke Timur, yaitu: Kabupaten Bangkalan, Kabupaten Sampang, Kabupaten Pamekasan, dan Kabupaten Sumenep. Ada dua jalur yang bisa ditempuh untuk menuju Pulau Madura. Jalur *pertama* adalah jalur laut yang dilayani dengan kapal ferry dari Pelabuhan Tanjung Perak Surabaya ke Kamal Pulau Madura. Jalur *kedua* adalah jalur darat melalui Jembatan Suramadu, jembatan yang menjadi ikon *landmark* Pulau Madura saat ini.

Secara administratif Pulau Madura merupakan bagian dari Provinsi Jawa Timur.

Gambar 2.1.
Peta Pulau Madura
(Sumber: http://www.jatimprov.go.id; modifikasi cropping oleh peneliti)

Kabupaten Sampang terletak di sekitar garis khatulistiwa (7^{0}0’ Lintang Utara; 113^{0}20’ Bujur Timur/7^{0}0’ Lintang Selatan; $113{,}333^{0}$0’ Bujur Timur) dengan iklim tropis. Musim penghujan biasanya terjadi pada bulan Oktober sampai dengan Maret, musim kemarau pada bulan April sampai dengan September (BPS Kabupaten Sampang, 2012).

Kabupaten Sampang dengan luas daerah 1.233,30 Km^2 atau sekitar 23% dari luas pulau Madura terdiri atas 99,98 Km^2 luas daratan dan 196,27 Km^2 luas kepulauan.

Tabel 2.1.
Luas Wilayah Menurut Kecamatan di Kabupaten Sampang
Tahun 2011

KECAMATAN	LUAS AREA (KM^2)	PERSENTASE (%)
Sreseh	71,95	5,83
Torjun	44,20	3,58
Pangarengan	42,69	3,46
Sampang	70,01	5,68
Camplong	69,93	5,67
Omben	116,31	9,43
Kedungdung	123, 08	9,98
Jrengik	65,35	5,30
Tambelangan	89,97	7,30
Banyuates	141,23	11,45
Robatal	80,54	6,53
Karang Penang	84,25	6,83
Ketapang	125,28	10,16
Sokobanah	108,51	8,80
Kab. Sampang	1.233,30	100,00

Sumber : Sampang dalam Angka Tahun 2012 (BPS Kabupaten Sampang, 2012)

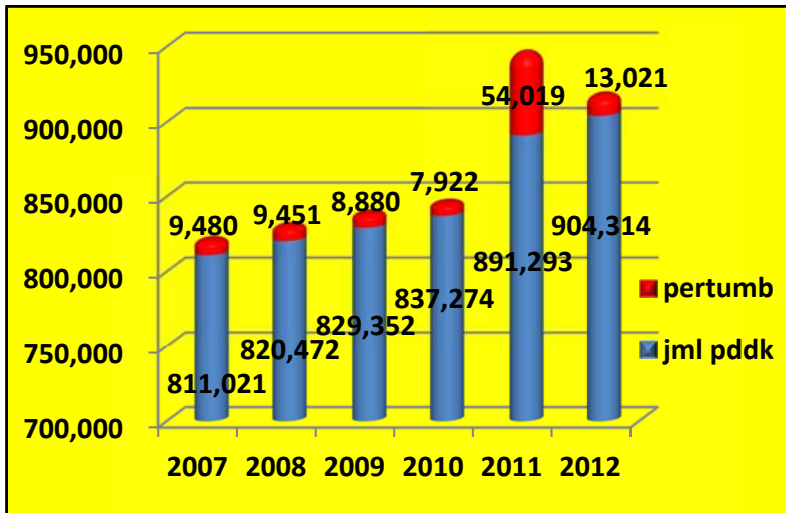
Sampang memiliki 34 sungai dan anak sungainya dikelompokkan menjadi dua seksi pengairan, yaitu seksi pengairan Sampang Selatan dan Seksi pengairan Sampang Utara, seksi pengairan Sampang Selatan sebanyak 25 sungai, sungai terpanjang adalah Sungai Kamoning dengan panjang sekitar 20 Km, sedangkan sungai Sodung dengan panjang 22 Km merupakan sungai terpanjang di seksi pengairan Sampang

Utara yang terdiri dari 9 sungai dan anak sungainya (Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, 2012).

Gambar 2.2.
Peta Kabupaten Sampang

(Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Sampang Tahun 2012)

C. Penduduk dan Mata Pencaharian

Dalam Profil Kesehatan Kabupaten Sampang (Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, 2012) disebutkan bahwa kepadatan jumlah penduduk kabupaten Sampang sebesar 733 jiwa per km², yang berarti bahwa tiap daerah seluas 1 km² didiami sebanyak 733 jiwa, Kecamatan Sampang mempunyai tingkat kepadatan jumlah penduduk paling tinggi dibandingkan kecamatan lainnya yaitu 1.692 jiwa per km². Sedangkan kepadatan penduduk kecamatan Sreseh yang hanya 409 jiwa per km².

Gambar 2.3.
Jumlah Penduduk Kabupaten Sampang tahun 2007 - tahun 2012
(Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Sampang Tahun 2012)

Perkembangan penduduk menurut jenis kelamin dilihat dari perkembangan rasio jenis kelamin, yaitu perbandingan penduduk laki-laki dan perempuan. Jumlah penduduk Kabupaten Sampang pada tahun 2012 sebesar 904.314 jiwa. Perbandingan antara penduduk laki-laki dan perempuan relatif seimbang yaitu 439.712 (48,62%) jiwa penduduk laki-laki dan 464.602 (51,37%) jiwa penduduk perempuan. Hal ini menggambarkan bahwa jumlah penduduk laki-laki sedikit dibandingkan jumlah penduduk perempuan.

Hasil penelitian De Jonge (1998) dalam Wiyata (2002), menyatakan bahwa sebagian besar mata pencaharian pokok orang Madura sekitar 70%-80% dari keseluruhan penduduk masih tergantung pada kegiatan-kegiatan agraris. Meski demikian aktifitas-aktifitas bidang pertanian tersebut tidak

dapat berlangsung sepanjang tahun. Aktivitas menanam padi hanya dapat dilakukan pada musim penghujan (*nèmbhara'*), sedangkan pada musim kemarau (*nèmor*) lahan-lahan pertanian biasanya ditanami ketela pohon, kacang-kacangan, kedelai, umbi-umbian, dan ada kalanya tembakau. Hal inilah yang disinyalir oleh De Jonge (1998) dalam Wiyata (2002) sebagai penyebab Madura termasuk sebagai salah satu daerah paling miskin di Indonesia, dengan penghasilan rata-rata penduduk per kepala hanya sekitar sepertiga dari jumlah penghasilan rata-rata penduduk Indonesia per kepala.

Di samping pertanian, aktivitas-aktivitas di bidang peternakan, perdagangan, kelautan (nelayan, perikanan, pelayaran), dan usaha kerajinan merupakan sumber pen-dapatan alternatif. Aktivitas di bidang usaha kerajinan, khususnya berupa kerajinan pembuatan senjata tajam cukup menonjol (Wiyata, 2002).

Bagi penduduk yang berpendidikan rendah dan tidak memiliki tanah sebagai lahan untuk mata pencaharian agraris, maka banyak yang bermigrasi ke Arab Saudi atau ke Malaysia. Beberapa lainnya bertransmigrasi mandiri ke kota-kota besar di Indonesia, sebagian lainnya ikut dalam program transmigrasi pemerintah. Seperti yang dilakukan oleh warga Kecamatan Karangpenang yang melakukan transmigrasi spontan dengan bantuan biaya serta transmigrasi umum ke Kalimantan Selatan (BPS Kab. Sampang, 2012).

Beberapa warga Madura yang melakukan transmigrasi mandiri di kota-kota besar di Indonesia sering kali membentuk koloni tersendiri, semacam koloni Tionghoa dengan pecinannya. Pada koloni-koloni ini orang Madura berperan sebagai 'penguasa' pekerjaan sektor informal di wilayah

tersebut. Pekerjaan semacam tukang *rombeng* (barang bekas), tukang sate, tukang potong rambut, tukang becak, tukang parkir, kuli pelabuhan, dan bahkan sampai dengan menjadi preman di wilayah tersebut. Kecenderungan ini dilihat penulis sebagai salah satu kelebihan orang Madura yang tidak mau tergantung pada orang lain. Mereka cenderung lebih memilih hidup mandiri daripada hidup bergantung pada orang lain.

D. Agama dan Kepercayaan

Realitas agama dan kepercayaan yang dianut oleh masyarakat Sampang dalam pengamatan peneliti tidak jauh berbeda, kalau tidak boleh dikatakan homogen, dengan tiga kabupaten lainnya di Pulau Madura. Bahkan dalam banyak buku anthropologi yang ditulis oleh Huub De Jonge (1989), Latief Wiyata (2002, 2012), Badrus Syamsi (2012) maupun penulis lain yang berkonsentrasi pada budaya Madura, menyatakan bahwa stereotipe masyarakat Madura identik dengan budaya carok dan NU (*Nadhlatul Ulama*), salah satu ormas keagamaan terbesar di Indonesia.

Berdasarkan hasil sensus penduduk yang dilakukan pada tahun 2000 dan 2010 oleh Badan Pusat Statistik (BPS), dari 877.772 jiwa masyarakat Sampang sebanyak 99,96% beragama Islam (BPS Kabupaten Sampang, 2012). Secara absolut komposisi banyaknya penduduk menurut kecamatan dan agama yang dianut disajikan dalam Tabel 2.2.

Berdasarkan pengamatan, dominasi aspek keislaman, atau lebih tepatnya *Nahdlatul Ulama* (NU), sebagai agama orang Madura telah merasuk ke seluruh sendi kehidupan orang Madura. Hal ini bisa dilihat pada ekspresi ruang pada

susunan rumah tradisional Madura yang masih banyak ditemui di desa-desa di seluruh Madura. Saat ini dengan semakin sempitnya lahan pemukiman, pola ini mulai bergeser, terutama di wilayah perkotaan Pulau Madura.

Tabel 2.2.
Banyaknya Penduduk Menurut Kecamatan dan Agama yang Dianut Menurut Kecamatan di Kabupaten Sampang Tahun 2011

Kecamatan	Islam	Kristen	Katolik	Hindu	Budha	Total
Sreseh	28.613	-	-	-	-	28.613
Torjun	36.266	16	-	-	-	36.282
Pangarengan	21.120	-	-	-	-	21.120
Sampang	114.801	142	37	2	-	114.982
Camplong	86.378	2	-	-	-	86.380
Omben	77.204	-	-	-	-	77.204
Kedungdung	86.620	2	-	-	-	86.622
Jrengik	31.657	-	-	-	-	31.657
Tambelangan	48.395	-	-	-	-	48.395
Banyuates	74.242	33	7	--	-	74.282
Robatal	53.046	4	1	-	-	53.051
Karang Penang	66.639	-	-	-	-	66.639
Ketapang	88.194	54	4	-	-	88.252
Sokobanah	64.284	8	-	-	-	64.292
Kab. Sampang	877.459	261	49	2	-	877.772

Sumber: Badan Pusat Statistik Kabupaten Sampang, Hasil Sensus Penduduk 2000 & 2001

Ekspresi ruang pada susunan rumah tradisional Madura selalu terdiri atas 3 (tiga) bangunan, yang lazim disebut sebagai *tanean lanjang*. Bangunan *pertama* adalah rumah

induk yang berperan sebagai tempat tinggal, bangunan *kedua* berupa *langgar* (musholla) sebagai tempat ibadah, dan bangunan *ketiga* adalah dapur yang biasanya menyatu dengan kandang sapi. Dalam pengamatan penulis, ada kecenderungan bahwa letak *langgar* berada di sebelah kanan rumah induk. Visualisasi *tanean lanjəng* orang Madura dapat dilihat pada Gambar 2.4.

Gambar 2.4.
Tanean Lanjəng Tradisional Orang Madura
(Sumber: Visualisasi Penulis)

E. Pola Pemukiman

Orang Madura yang bekerja di bidang pertanian pada umumnya sebagai petani tegalan, inilah yang membedakan dengan orang Jawa yang pada umumnya sebagai petani

sawah, karena struktur tanah yang membuat lahan persawahan cukup dominan. Oleh karena itu, ekosistem di Madura ditandai oleh pola pemukiman penduduk yang terpencar dan mengelompok pada skala kecil (Kuntowijoyo, 1993; dalam Wiyata, 2002).

Hasil pengamatan Wiyata (2002) dan diperkuat dengan pengamatan peneliti di lapangan menunjukkan bahwa hampir di seluruh kawasan pedesaan Madura, ditemukan banyak pemukiman yang disebut *kampong mèjhi*, yaitu kumpulan-kumpulan atau kelompok-kelompok pemukiman penduduk desa yang satu sama lain saling terisolasi. Jarak satu pemukiman dan pemukiman yang lain sekitar satu sampai dua kilometer. Keterisolasian kelompok pemukiman ini semakin nyata oleh adanya pagar dari beberapa rumpun bambu yang sengaja ditanam di sekelilingnya. Jarak antara kelompok pemukiman yang satu dengan yang lain biasanya hanya dihubungkan oleh jalan desa atau jalan setapak. Masih jarang ditemui jalan beraspal, kecuali beberapa jalan tanah yang dikeraskan dengan batu *(makadam),* yang pada saat musim penghujan bisa kita bayangkan kondisinya.

Setiap pemukinan *kampong mèjhi* biasanya terdiri dari empat sampai delapan rumah yang dibangun dalam bentuk memanjang, membujur dari barat ke timur dan selalu menghadap ke Selatan. Jika rumah lebih dari delapan, karena sempitnya lahan, maka deretan rumah biasanya dibangun dalam bentuk melingkar. Masing-masing rumah biasanya ditempati oleh satu keluarga, namun ada kalanya lebih.

Jika dalam satu rumah orang Madura ditempati oleh lebih dari satu keluarga, berarti dalam rumah itu terdiri dari keluarga pihak orang tua ditambah keluarga anak perempuan

mereka yang sudah berumah tangga. Hal ini mudah dipahami karena tradisi perkawinan orang Madura yang bersifat matrilokal (Wiyata, 2002). Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia yang dikeluarkan oleh Pusat Bahasa Kementerian Pendidikan Nasional Republik Indonesia (2008), istilah "matrilokal" diartikan sebagai hal kebiasaan yang menentukan bahwa pengantin menetap di sekitar pusat kediaman kaum kerabat istri. Pola ini seperti halnya biasa berlaku dalam adat Batak.

Pola pemukiman seperti ini ditengarai penulis turut membentuk pola pengambilan keputusan dalam pencarian pengobatan, termasuk di dalamnya pola pencarian penolong persalinan. Hal ini disebabkan pola pengambilan keputusan yang pada akhirnya menjadi keputusan bersama dalam satu *kampong mèjhi*. Itulah yang diakui oleh para tokoh masyarakat dan tokoh agama, setidaknya bagi orang-orang Madura yang rata-rata memiliki tingkat pendidikan kurang memadai, didominasi oleh lulusan SLTP ke bawah.

F. Konsep *Bhuppa'-Babhu'-Ghuru-Rato*

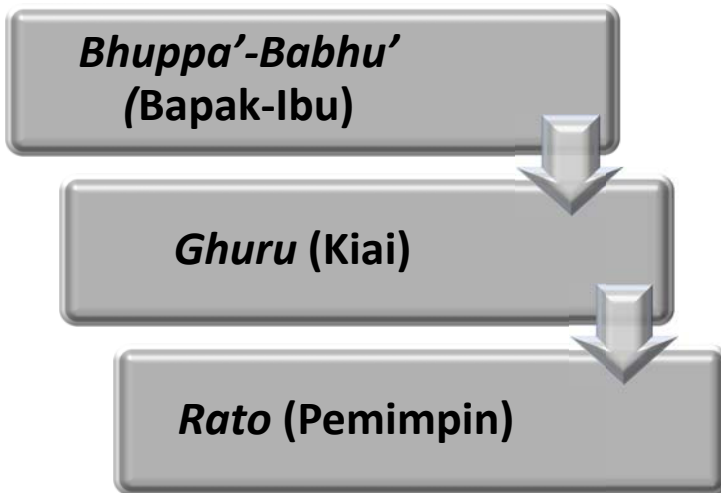
Sampai saat ini, salah satu budaya yang berkembang dalam masyarakat Madura adalah penghormatan yang tinggi kepada pilar-pilar penyangga kebudayaan Madura, yakni *bhuppa'-bhabhu'-ghuru-rato*, yang dalam bahasa Indonesia berarti bapak – ibu - guru (kiai) - ratu (pemerintah). Ungkapan ini sering muncul dalam pergaulan sehari-hari masyarakat Madura sampai saat ini. Jika dicermati, konsep *bhuppa'-bhabhu'-ghuru-rato* ini mengandung pengertian adanya hierarkhi figur yang harus dihormati dan dipatuhi,

mulai dari bapak, ibu, guru, dan terakhir ratu. Dengan kata lain, dalam kehidupan sosial-budaya masyarakat Madura terdapat *referential standart* kepatuhan terhadap figur-figur utama secara hierarkhis. Konstruksi normatif ini mengikat setiap orang Madura sehingga pelanggaran terhadapnya akan mendapat sanksi sosial dan kultural (Hefni, 2007).

Hal ini bisa dipahami karena sebagaimana dikatakan Geertz (1973) dalam Hefni (2007), relasi manusia dan kebudayaan bagaikan binatang yang terjerat oleh jaring-jaring buatannya sendiri. Kebudayaan merupakan gagasan yang ditata dalam sistem simbol yang memungkinkan setiap individu hidup di tengah semesta.

Lebih lanjut Hefni (2007), menjelaskan bahwa konsep *bhuppa'-bhabhu'-ghuru-rato* merupakan konstruksi kehidupan kolektif yang berlangsung selama periode sejarah yang relatif panjang. Ia dihasilkan oleh dan sekaligus menghasilkan kehidupan sosial, sehingga ia menjadi sebuah struktur atau kekuatan yang menstruktur kehidupan sosial *(structuring structure)* sekaligus sebagai kekuatan yang distrukturisasi oleh dunia sosial *(structured structure)*. Berkaitan dengan hal ini, kepatuhan kepada orang tua (bapak dan ibu) diberikan karena terdapat struktur religio-kultural yang menstruktur berupa kewajiban dan etika agama serta budaya sebab mereka telah melahirkan serta mengasuh hingga dewasa. Begitu juga penempatan istilah *bhuppa'* di awal rantai kepatuhan *bhuppa'-bhabhu'-ghuru-rato* secara struktural disebabkan oleh posisi bapak itu sendiri. Posisi ini dapat dilacak pada sistem kekerabatan dan kekeluargaan masyarakat Madura.

Pola penempatan Bapak dan Ibu sebagai urutan pertama-kedua dalam konsep *bhuppa'-bhabhu'-ghuru-rato* se-

perti yang diuraikan Hefni (2007) menurut penulis masih perlu dikritisi karena tidak sesuai dengan realitas yang ditemui penulis di lapangan. Penulis melihat bahwa Bapak dan Ibu (*bhuppa'-bhabhu'*) bagi orang Madura sebagai sebuah kesatuan. Pola pengambilan keputusan di level keluarga diambil secara bersama-sama sebagai sebuah kepentingan bersama. Menurut penulis hanya ada tiga tingkatan kepatuhan dalam masyarakat Madura sebagaimana divisualisasikan penulis pada Gambar 2.5.

Gambar 2.5.
Konsep *Bhuppa'-Babhu'-Ghuru-Rato*
(Sumber: Visualisasi Peneliti, Juni 2013)

Bila tradisi perkawinan orang Madura seperti dijelaskan sebelumnya bersifat matrilokal, maka sistem kekerabatan di Madura dideskripsikan oleh Neihof (dikutip oleh Mahfudz Sidiq dalam Hefni, 2007) sebagai sistem bilateral yang tidak menekankan pada garis bapak maupun ibu. Namun, Neihof

sendiri membantahnya dengan menyatakan sistem di Madura terdapat kecenderungan asimetris. Neihof mengatakan garis keturunan perempuan *(pancer bine')* dianggap tidak ada. Anak-anak sebapak, walaupun dilahirkan oleh beberapa ibu *(taretan sapancer)* dikatakan lebih dekat ketimbang anak-anak seibu dari beberapa bapak *(taretan dhangaso)*.

Masyarakat Madura juga menaruh hormat yang tinggi kepada guru. Dalam hal ini guru dimaknai sebagai kiai atau ulama yang telah mengajarkan ilmu-ilmu agama kepada para santrinya. Seorang kiai akan memiliki kharisma yang tinggi apabila kekiaiannya tersebut diperoleh melalui *achievements* (prestasi) dan melalui keturunan. Tetapi apabila kedua hal tersebut tidak bisa dicapai sekaligus, maka jalur nasab sangat memungkinkan untuk ditempuh. Karenanya, tidak sedikit kiai yang mengembangkan suatu tradisi yang mapan bahwa keturunan mereka memiliki kesempatan yang besar untuk menjadi kiai.

Mengikuti konsepsi lingkaran-lingkaran konsentris kekuasaan Jawa warisan Mataram II, anak keturunan kiai sejak kecil telah dilegitimasi bahwa mereka dapat mewarisi beberapa atribut spiritual ayahnya, sang kiai. Legitimasi tersebut selanjutnya menjadi suatu penilaian umum yang secara terus-menerus direproduksi oleh para santri dan orang-orang dekat kiai sehingga ia tetap hidup dan bertahan di masyarakat. Kiai dianggap dekat dengan kesucian agama Islam sehingga ia dihormati dan diteladani. Tingkat penghormatan dan kepatuhan masyarakat kepada seorang kiai di antaranya diwujudkan dalam bentuk dukungan moril dan materiil, yakni berupa pemberian materi. Misalnya, ketika anggota masyarakat terutama "purna-santri", berkunjung

(sowan) ke kediaman *(dhalem)* kiai untuk menjenguk anaknya, hampir bisa dipastikan memberikan uang *(nyabis)* atau membawa barang-barang bawaan (Hefni, 2007).

Masyarakat Madura memberikan penghormatan dan kepatuhan kepada *rato*. *Rato* yaitu pemimpin formal. Pada perkembangan selanjutnya masyarakat Madura menstrukturalisasi struktur sehingga secara lebih luas mereka membuat beberapa kategori yang dapat digunakan sebagai tolok ukur sikap penghormatan dan kepatuhan masyarakat Madura, termasuk penghormatan dan kepatuhan terhadap pemimpin formal (Hefni, 2007).

Dalam konteks kekinian, Wiyata (2005) dalam bukunya 'Mencari Madura' mengungkapkan beberapa kondisi 'menyimpang' dari konsep *bhuppa'-bhabhu'-ghuru-rato.* Realitas yang diangkat adalah *macung*-nya para kiai *(ghuru)* untuk menjadi bupati *(rato).* Secara politik, sah-sah saja seorang kiai menjabat sebagai bupati. Namun dalam perspektif kultur Madura munculnya "bupati-kiai" menurut Wiyata (2005) seakan "menyimpang" dari koridor filosofi orang Madura. Sampai saat ini setiap orang Madura tentu tidak akan melupakan ungkapan *bhuppa'-bhabhu'-ghuru-rato* sebagai landasan filosofi kehidupan sehari-hari mereka. Selain orang tua *(bhuppa'-bhabhu')* yang menjadi panutan utama, menyusul figur kiai *(ghuru),* kemudian pemimpin formal *(rato).* Tugas dan kewajiban utama seorang kiai idealnya sebagai penjaga moral setiap orang Madura. Oleh karena itu, tugas dan kewajiban ini lebih diorientasikan pada kehidupan *ukhrowi (sacred life).* Figur *rato* dalam tataran praksis bermakna sebagai pemimpin formal yang tugas dan kewajibannya beroreintasi pada kehidupan duniawi *(profane*

life). Munculnya "bupati kiai" akan dipandang sebagai "penyimpangan" dari koridor filosofi kehidupan orang Madura karena secara kultural sudah tegas ditentukan antara bidang kehidupan yang menjadi ranah otoritas kiai *(ghuru)* dan ranah kekuasaan bupati *(rato).* Dalam ungkapan lain dengan jelas diharapkan agar kedua figur itu menempati posisi sesuai dengan otoritasnya *(lakona lakone, kennengganna kennengnge).*

G. Kedudukan Perempuan di Mata Orang Madura

Meski dalam konsep *bhuppa'-bhabhu'-ghuru-rato* ibu *(bhabhu')* menurut Hefni (2007) menempati urutan kedua, tetapi sesungguhnya tetap tidak bisa dilepaskan dari persoalan perempuan yang berada di bawah hegemoni kaum laki-laki. Namun demikian, orang Madura mengonstruksi struktur *(structured structure)* yang berkembang sehingga kaum perempuan Madura memiliki nilai khusus dalam masyarakat dan kebudayaan Madura. Nilai khusus tersebut berwujud perhatian yang lebih kepada anak perempuan dibandingkan anak laki-laki. Perhatian khusus pada perempuan tersebut dapat dilihat pada unsur-unsur kebudayaan Madura, seperti tradisi perkawinan dan sistem kewarisan.

Menurut Hefni (2007), hal demikian juga terjadi dalam pewarisan harta keluarga. Sekalipun orang Madura beragama Islam, aturan pewarisan mengikuti sistem adat setempat. Harta warisan dibagi ketika orang tua masih hidup. Pada umumnya, perempuan akan memperoleh bagian lebih besar daripada laki-laki. Harta warisan seperti rumah dan tanah pekarangan, umumnya, diberikan kepada perempuan dan

tidak boleh dijual kepada siapapun. Sedangkan tanah ladang *(teghalan)* diberikan kepada anak laki-laki dan boleh dijual kepada orang lain. Dalam hal pembagian warisan ini, jarang sekali laki-laki mendapatkan bagian lebih banyak. Bagian anak perempuan ini lebih banyak karena perempuan akan menjadi tempat berpulang bagi saudara laki-lakinya jika terjadi perceraian atau kasus lainnya.

Posisi perempuan demikian menjadikan masyarakat Madura sangat menjaga martabat dan kehormatan perempuan. Dalam pandangan orang Madura, perempuan terutama istri, merupakan simbol kehormatan rumah tangga atau laki-laki Madura. Gangguan terhadap istri atau perempuan ditafsirkan sebagai pelecehan harga diri orang Madura. Kasus inilah yang sangat potensial mengarah pada terjadinya *carok* (Hefni, 2007).

Penelitian Wiyata (2002), menyatakan bahwa dari semua kasus carok yang terjadi di Bangkalan selama lima tahun (1990-1994), terbanyak (60,4%) bermotif atau berlatar belakang tentang perempuan (gangguan terhadap istri), menyusul karena salah paham (16,9%), masalah tanah/ warisan (6,7%), masalah utang piutang (9,2%), dan masalah-masalah lain di luar itu, seperti melanggar kesopanan di jalan dan dalam pergaulan sebesar 6,8%. Kenyataan ini juga berlaku di seluruh Madura, sesuai dengan informasi baik dari orang-orang desa, tokoh-tokoh masyarakat, maupun aparat peradilan (kepolisian, kejaksaan, dan kehakiman) yang dihubungi peneliti ketika penelitian lapangan berlangsung.

Kedudukan perempuan menjadi lebih terhormat lagi ketika menjadi seorang ibu, ia sangat berpengaruh dalam kehidupan anak. Ia sangat dihargai sebagaimana seorang

anak harus menghormati ayah. Tetapi tampaknya, kesakralan penghormatan kepada ibu memiliki nilai yang lebih tinggi sehingga terkesan ibu lebih dihormati ketimbang ayah. Sikap hormat yang tumbuh dari seorang anak kepada ibu didorong oleh hubungan batin yang sangat erat. Sebagai bukti eratnya hubungan ini adalah diyakininya bahwa ari-ari *(tamoni)* merupakan aspek penting dari kelahiran karena lewat ari-ari seorang anak berhubungan dengan ibunya dalam pertalian lahir maupun batin (Hefni, 2007).

Berdasarkan uraian beberapa konsep tersebut dapat ditarik sebuah benang merah tentang *value* (nilai) perempuan yang menempati posisi khusus dalam masyarakat Madura. Meski masyarakat Madura memiliki pola patriarkal (mengikut garis laki-laki) tetapi kedudukan perempuan tidak begitu saja terpinggirkan, dan bahkan dalam pola-pola tertentu memiliki posisi terhormat yang tidak dipunyai laki-laki, misalnya pola perkawinan yang menganut pola matrilokal.

H. Lingkaran Setan (Kemiskinan-Pendidikan-Kesehatan)

Dalam penyajian maupun analisis pokok bahasan ini peneliti menggunakan data sekunder yang sudah tersedia. Data yang dipaparkan bersumber data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2007), data Sampang dalam Angka 2012, maupun data-data hasil penelitian lainnya.

Secara umum status kesehatan masyarakat di Kabupaten Sampang merupakan yang terburuk peringkatnya di Provinsi Jawa Timur, peringkat terakhir dari 38 kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur. Hal ini berdasarkan pemeringkatan

Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) yang dirilis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2010 berdasarkan hasil survei Riskesdas 2007-2008. Secara rinci beberapa realitas yang melatarbelakangi hal tersebut diuraikan dan dibahas lebih lanjut dalam pokok bahasan ini.

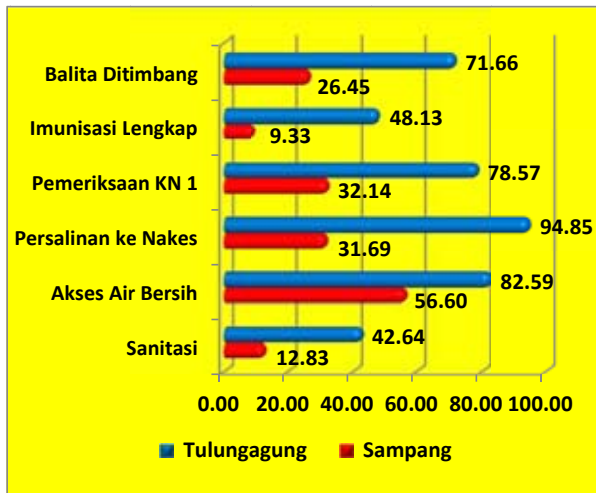
Berdasarkan hasil Riskesdas yang dilaksanakan pada tahun 2007-2008 dinyatakan bahwa jumlah keluarga miskin di Kabupaten Sampang mencapai 39,42%. Angka ini merupakan persentase penduduk miskin terbesar dibanding persentase penduduk miskin dalam sebuah penduduk di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur.

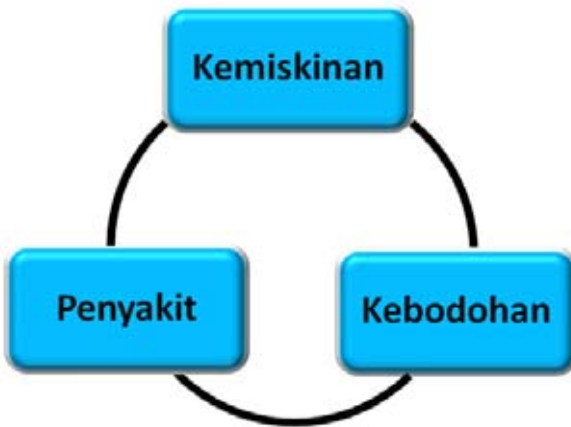
Pada indikator status gizi balita Berat Badan menurut Umur (BB/U), dari 31,2% balita dengan status gizi kurang dan buruk di Kabupaten Sampang, sebanyak 55,1% berasal dari keluarga yang kepala keluarganya memiliki tingkat pendidikan SLTP ke bawah. Dari populasi yang sama, balita dengan status gizi kurang dan buruk, sebanyak 40,7% berasal dari keluarga miskin, atau kuintil[1] 1 dan 2 dari populasi. Angka 31,2% balita dengan status gizi kurang dan buruk ini jauh lebih tinggi dibanding angka rata-rata di Provinsi Jawa Timur yang hanya mencapai 17,4%. Angka tersebut masih jauh dari target nasional perbaikan gizi tahun 2015 (20%) maupun target MDGs 2015 (18,5%). Indikator BB/U ini memberikan gambaran tentang status gizi yang bersifat umum (Badan Litbangkes, 2008).

Tingkat pendidikan masyarakat Kabupaten Sampang yang rendah akan membawa dampak perilaku yang kurang

[1] Kuintil menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah nilai yang menandai batas interval dari sebaran frekuensi yang berderet di lima bagian sebaran yang sama.

menguntungkan bagi bidang kesehatan. Hal ini tercermin dari hasil survey Riskesdas 2007-2008 yang mendapatkan hasil bahwa dengan akses ketersediaan air bersih di Kabupaten Sampang mencapai 56,60%, tetapi angka cakupan perilaku cuci tangan hanya mencapai 1,26% dari seluruh penduduk (Badan Litbangkes, 2008).

Secara rinci perbandingan pencapaian antara Kabupaten Tulungagung sebagai peringkat satu IPKM di Provinsi Jawa Timur dengan Kabupaten Sampang selaku peringkat terakhir tersaji dalam Gambar 2.6. Pada gambar tersebut perbandingan dilakukan dengan pencapaian cakupan 6 (enam) indikator mutlak, yaitu indikator-indikator utama dalam IPKM yang memiliki kontribusi nilai terbesar.

Gambar 2.6.
Komparasi Pencapaian Indikator Mutlak Antara Kabupaten Tulungagung dan Kabupaten Sampang dalam IPKM 2010
(Sumber: Visualisasi Penulis berdasarkan data Kementerian Kesehatan, 2010)

Kondisi sosial pendidikan yang melatarbelakangi beragam realitas seperti diuraikan di atas sampai dengan saat ini bisa dikatakan tidak mengalami banyak perubahan. Hal ini setidaknya diperkuat oleh penelitian Tety Rachmawati, dkk. (2013), dalam Riset Evaluasi Jampersal yang dilakukan pada tahun 2012 yang menyatakan bahwa 99,3% ibu-ibu responden di Kabupaten Sampang memiliki pendidikan SLTP ke bawah.

Gambar 2.7.
Lingkaran Setan Kemiskinan-Kebodohan-Penyakit
(Sumber: Visualisasi Peneliti, Juli 2013)

Kondisi ini semakin memperkuat hasil penelitian Marmot & Wilkinson (2003) dalam Laksono & Rachmawati (2013), yang mendapat kesimpulan bahwa faktor ekonomi dan pendidikan merupakan dua determinan yang sangat berpengaruh pada status kesehatan sebuah masyarakat, selain faktor inklusi sosial, bias ras, penerimaan komunitas atas perilaku atau praktik tertentu, faktor budaya, pengaruh

media, politik, kondisi lingkungan, dan geografis. Lebih lanjut Notoadmodjo (2012), menyatakan fenomena tentang kemiskinan, kebodohan (tingkat pendidikan rendah) dan penyakit (status kesehatan) merupakan lingkaran setan. Hal ini menjelaskan bahwa kemiskinan, kebodohan, dan penyakit saling mempengaruhi dan membentuk lingkaran setan yang sulit untuk diputuskan.

I. Penutup

Masyarakat Madura sebagai sebuah entitas memiliki banyak *stereotipe* yang mempunyai kecenderungan negatif. Ini semakin didukung dengan pencapaiannya dalam semua bidang pembangunan. Kemiskinan, kebodohan dan status kesehatan yang di bawah rata-rata, yang tercermin dalam IPKM.

Sosial-budaya setempat yang spesifik lokal seharusnya tidak dijadikan alasan untuk menjadi kendala, tetapi justru dijadikan sebagai sebuah potensi untuk bergerak maju. Aktor-aktor lokal pembangunan harus mampu melihat ini sebagai sebuah peluang.

Daftar Pustaka

Badan Litbangkes RI., 2010. *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010*. Badan Litbangkes RI., Jakarta.

Badan Litbangkes RI., 2010. *Laporan Riset Kesehatan Dasar Provinsi Jawa Timur Tahun 2007-2008*. Badan Litbangkes RI., Jakarta.

Badan Litbangkes RI., 208. *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar Tahun 2007-2008*. Badan Litbangkes RI., Jakarta.

Badan Pusat Statistik Kabupaten Sampang, 2012. *Sampang dalam Angka tahun 2012*. Badan Pusat Statistik, Sampang.

De Jonge, Huub, 1989. *Agama, Kebudayaan, dan Ekonomi; Studi-studi Interdisipliner tentang Masyarakat Madura.* Rajawali Press, Jakarta.

Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, 2012. *Profil Kesehatan Kabupaten Sampang Tahun 2012*. Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, Sampang.

Hefni, M., 2007. BHUPPA'-BHÂBHU'-GHURU-RATO, Studi Konstruktivisme-Strukturalis tentang Hierarkhi Kepatuhan dalam Budaya Masyarakat Madura. *KARSA,* Vol. XI No. 1 April 2007.

Kementerian Kesehatan RI., 2010. *Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat.* Kementerian Kesehatan RI., Jakarta .

Laksono, Agung Dwi & Rachmawati, Tety, 2013. "*Tantangan Determinan Sosial Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak"* dalam *Determinan Sosial Kesehatan Ibu dan Anak.* Kanisius, Yokyakarta.

Mohtar, Muhri, 2010. *Kamus Madura-Indonesia Kontemporer*. Bangkalan.

Notoadmodjo, Soekidjo, 2012. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku (edisi revisi).* Rineka Cipta, Jakarta.

Pusat Bahasa Kementerian Pendidikan Nasional Republik Indonesia, 2008. *Kamus Besar Bahasa Indonesia.* Kementerian Pendidikan Nasional Republik Indonesia, Jakarta.

Rachmawati, Tety, Setia Pranata, Vita Kartika, Selma Siahaan, Ingan Ukur Tarigan, Niniek L. Pratiwi, Rukmini, Wasis Sumartono, Muhammad Agus Mikrajab, Yurika F. Wardhani, Yunita Fitrianti, Sri Handayani, Rozana Ika Agustiya, Wening Widjayanti, Agung Dwi Laksono, 2013. *Riset Evaluasi Jampersal.* Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan & Pemberdayaan Masyarakat, Surabaya.

Syamsi, Badrus, 2012. *Stereotipe Orang Madura*. Diunduh dari www.lontarmadura.com pada bulan Juli 2013.

Wiyata, 2006. *Carok, Konflik kekerasan dan Harga Diri Orang Madura*. *Edisi ke-dua*. LKiS, Yogyakarta.

Wiyata, 2012. *Mencari Madura*. Bidik Phronesis Publishing, Jakarta.

BAB 3
Bab 3

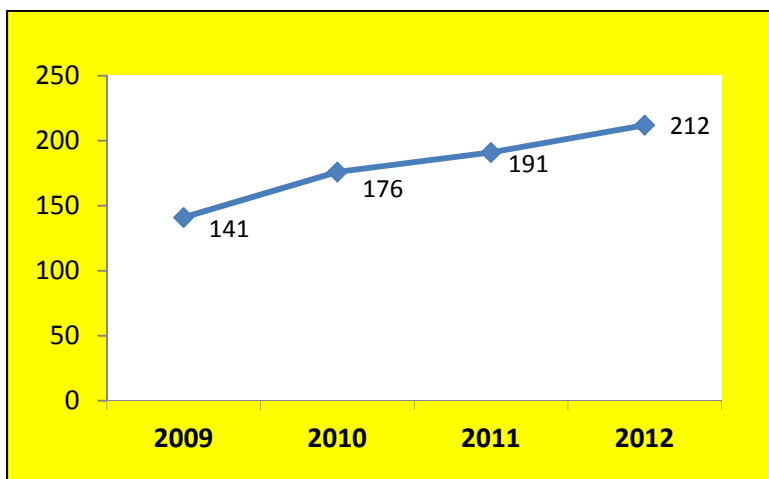
Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Sampang

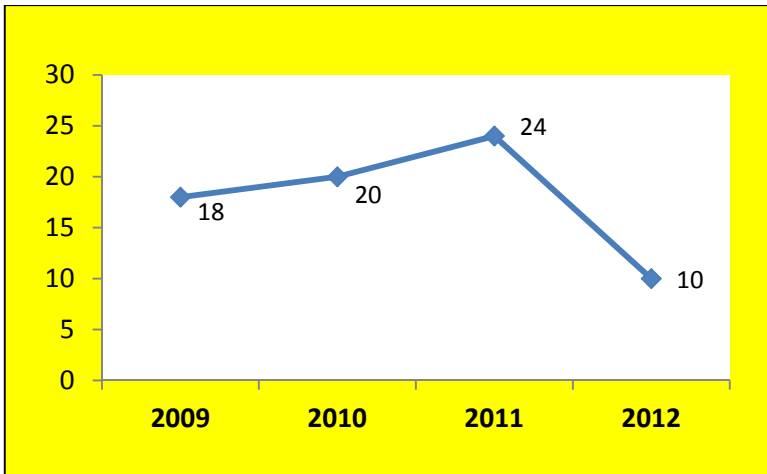
Wahyu Dwi Astuti
Agung Dwi Laksono

A. Pendahuluan

Kabupaten Sampang menduduki peringkat ke-426 dari 440 kabupaten/kota di Indonesia dalam pemeringkatan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) pada tahun 2010. IPKM yang secara formal dibakukan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1798/MENKES/SK/XII/2010 ini merupakan indeks peme-ringkatan untuk mengukur tingkat keberhasilan pembangunan kesehatan masyarakat di Indonesia.

Dalam lingkup Provinsi Jawa Timur Kabupaten Sampang menduduki peringkat ke-38 dari 38 kabupaten/kota. Tidak berbeda jauh dengan 3 (tiga) kabupaten lainnya di Pulau Madura. Keempat kabupaten di Pulau Madura ini (Bangkalan, Sampang, Pamekasan, dan Sumenep) menempati 5 urutan paling dasar IPKM bersama dengan Kabupaten Probolinggo (Kementerian Kesehatan RI., 2010).

Rendahnya status kesehatan akibat pembangunan kesehatan yang kurang memuaskan tersebut dapat dilihat pada trend jumlah kematian bayi yang mencapai 212 jiwa pada tahun 2012 (Gambar 3.1). Selain itu juga trend kematian ibu yang meningkat sampai dengan tahun 2011 (24 kematian), meskipun pada akhirnya turun pada tahun 2012 (10 kematian).

Gambar 3.1.
Trend Jumlah Kematian Bayi di Kabupaten Tahun 2009-2012
(Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Sampang Tahun 2012)

Ini merupakan gambaran perkembangan derajat kesehatan masyarakat dari waktu ke waktu. Kematian dapat digunakan sebagai indikator dalam penilaian keberhasilan pelayanan kesehatan dan program pembangunan kesehatan lainnya.

Gambar 3.2.
Trend Jumlah Kematian Ibu di Kabupaten Sampang
Tahun 2009-2012
(Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Sampang Tahun 2012)

B. Ketersediaan Pelayanan Kesehatan

Sumber daya kesehatan merupakan salah satu faktor pendukung dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Secara berjenjang sarana kesehatan berfungsi untuk melakukan upaya kesehatan dasar, upaya kesehatan lanjutan, dan upaya kesehatan penunjang.

Tabel 3.1.
Ketersediaan Sarana Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Sampang
Tahun 2010-2012

Sarana Kesehatan	TAHUN		
	2010	2011	2012
Rumah Sakit Umum	1	1	1
Puskesmas			
a. Puskesmas Perawatan	15	15	15
b. Puskesmas non-Perawatan	6	6	6
Apotek	5	14	14
Posyandu	904	937	981
Posyandu Aktif (%)	-	23,12	60,55
Poskesdes	250	186	186

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Sampang Tahun 2010-2012

Kabupaten Sampang saat ini memiliki Puskesmas sebanyak 21, dengan rincian 15 Puskesmas perawatan dan 6 Puskesmas nonperawatan. 5 dari 15 Puskesmas perawatan adalah Puskesmas dengan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Dasar (PONED) yaitu Puskesmas Sreseh, Ketapang, Kedungdung, Omben, dan Tanjung. Kabupaten Sampang hanya memiliki satu buah Rumah Sakit Umum sebagai pusat rujukan. Secara detail rincian keberadaan fasilitas sarana kesehatan diuraikan pada Tabel 3.1.

Dengan jumlah penduduk yang mencapai 904.314 jiwa, maka rasio Puskesmas terhadap penduduk mencapai 1:39.870. Kapasitasnya sudah melebihi standard Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, yaitu satu puskesmas untuk 30.000 penduduk.

Selain Rumah Sakit dan Puskesmas juga ada Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM) berupa Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) yang dilaksanakan oleh, dari, dan bersama masyarakat. Posyandu merupakan salah satu upaya untuk memberdayakan dan memberikan kemudahan kepada masyarakat guna memperoleh pelayanan kesehatan bagi ibu, bayi, dan anak balita. Kegiatan Posyandu terdiri dari kegiatan utama dan kegiatan pengembangan. Kegiatan utama posyandu adalah KIA, KB, Imunisasi, Gizi, Pencegahan dan penanggulangan diare. Kabupaten Sampang Posyandu yang aktif hanya mencapai 23,12% dari 937 Posyandu pada tahun 2011. Pada tahun 2012 jumlah Posyandu menurun menjadi 891 dengan tingkat keaktifan menjadi 60,55%.

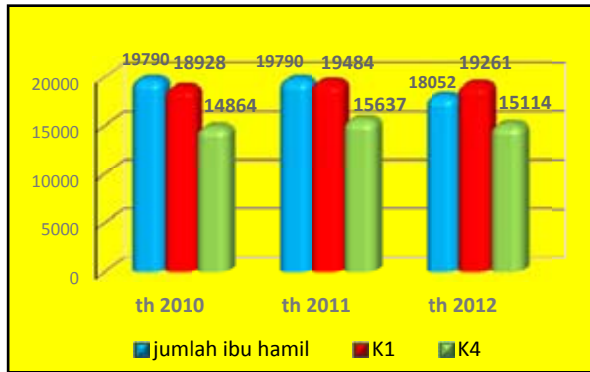
Dengan kuantitas fasilitas sarana pelayanan kesehatan yang demikian, menurut Profil Kesehatan Kabupaten Sampang tahun 2012 memiliki dokter spesialis sejumlah 8 orang. Jumlah dokter umum mencapai 49 orang yang terdistribusi ke puskesmas 32 orang, rumah sakit 13 orang, dan Dinas kesehatan 3 orang. Jumlah bidan pada tahun 2012 sebanyak 207 orang dari jumlah tersebut sebanyak 171 orang terdistribusi di puskesmas. Secara detail komposisi tenaga kesehatan di Kabupaten Sampang dapat dilihat pada Tabel 3.2.

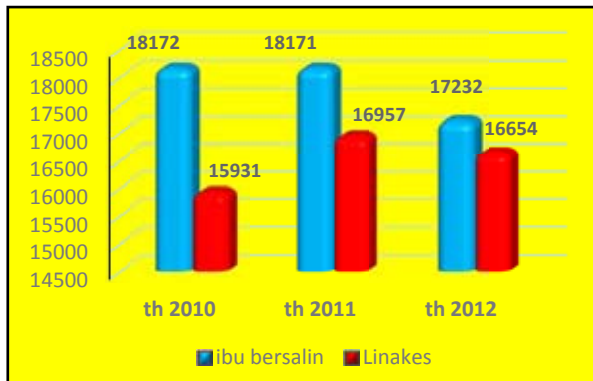
Tabel 3.2.
Ketersediaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kabupaten Sampang Tahun 2010-2012

Ketenagaan	Tahun		
	2010	2011	2012
Dokter Spesialis	6	7	8
Dokter Umum	72	44	49
Dokter Gigi	13	17	18
Bidan	309	406	207
Perawat	219	862	276
Tenaga Kefarmasian	20	33	21

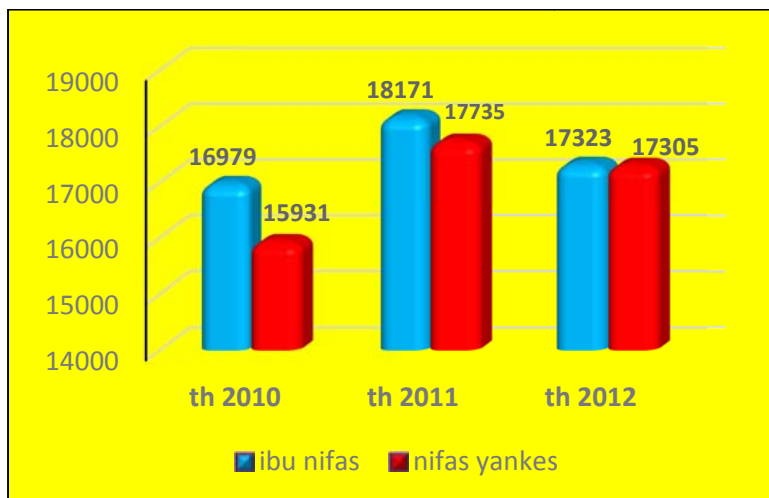
Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Sampang Tahun 2010-2012

C. Pencapaian Pelayanan Kesehatan

Pada tahun 2012, jumlah kunjungan rawat jalan di Kabupaten Sampang mencapai 635.061 dari 904.314 orang penduduk (70,22%), meningkat tajam bila dibandingkan kunjungan tahun 2011 yang hanya sebesar 295.310 (35,3%). Cakupan rawat inap pada tahun 2012 sebesar 17.666 kunjungan (1,95%), menurun bila dibandingkan kunjungan rawat inap tahun 2011 sebesar 20.621 kunjungan (2,5%). Secara khusus pelayanan kesehatan ibu di Kabupaten Sampang untuk kunjungan ibu hamil K-4 pada tahun 2011 sejumlah 15.637 ibu hamil. Dengan sasaran ibu hamil sebanyak 19.790 pencapaian pada tahun 2011 tersebut sebesar 79,01%. Pada tahun 2012, terjadi peningkatan yang cukup signifikan. Pencapaian K-4 mencapai 83,72%.

Gambar 3.3.
Cakupan *Antenatal Care* Ibu Hamil di Kabupaten Sampang
Tahun 2010-2012
(Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Sampang Tahun 2012)

Cakupan kunjungan ibu hamil K-4 merupakan indikator untuk mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam melindungi ibu hamil. Target Nasional tahun 2015 kunjungan ibu hamil K4 adalah 95 %.

Gambar 3.4.
Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Kabupaten Sampang
Tahun 2010-2012
(Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Sampang Tahun 2012)

Pada tahun 2011, persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan mencapai 93,32%. Hal ini meningkat tajam dibandingkan dengan pencapaian tahun 2011 yang hanya pada kisaran 87,67%. Pada tahun 2012, persalinan yang ditolong tenaga kesehatan meningkat tipis pada kisaran angka 96,65% (Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, 2012).

Pada Gambar 3.5 tampak bahwa tahun 2012 hampir semua ibu nifas mendapatkan pelayanan kesehatan. Jumlah ibu nifas 17.323 orang, yang mendapatkan pelayanan kesehatan 17.305 orang (99,90%). Capaian Ini meningkat dibanding tahun 2011, dimana masih ada 336 orang ibu nifas yang tidak mendapat pelayanan kesehatan.

Gambar 3.5.
Perawatan Ibu Nifas oleh Tenaga Kesehatan di Kabupaten Sampang Tahun 2010-2012
(Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Sampang Tahun 2012)

Pencapaian pelayanan nifas pertama (KN 1) pada tahun 2011 sebesar 18.248 dari 18.749 bayi yang lahir hidup (97,32%), dan KN 3 17.630 (94,03%). Pada tahun 2012 pencapaian KN 1 meningkat tipis menjadi sebesar 17.532 (98,97%) dan KN 3 17.170 (96,93%).

Pemeriksaan bayi baru lahir pada pelayanan nifas ini bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Hal ini sangat penting karena resiko terbesar kematian pada bayi baru lahir terjadi pada 24 jam pertama kehidupan.

Tabel 3.3.
Cakupan Kunjungan Neonatus di Kabupaten Sampang
Tahun 2010-2012

Variabel	Tahun		
	2010	2011	2012
Kelahiran hidup	17.870	18.749	17.714
Jumlah bayi yang ada	17.991	17.991	15.437
KN1	-	18.248	17.532
KN3	16.911	17.630	17.170

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Sampang Tahun 2012

D. Inovasi Kebijakan

Dalam upaya pelaksanaan untuk menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Sampang, Dinas Kesehatan banyak berupaya meluncurkan kebijakan-kebijakan inovatif. Kebijakan inovatif ini dinilai penulis berdampak cukup masif dalam sistem kesehatan di Kabupaten Sampang.

Beberapa kebijakan inovasi yang akan diulas dalam bab ini sesuai urutan adalah Libas 2+, SMS 'Bayi Sehat',

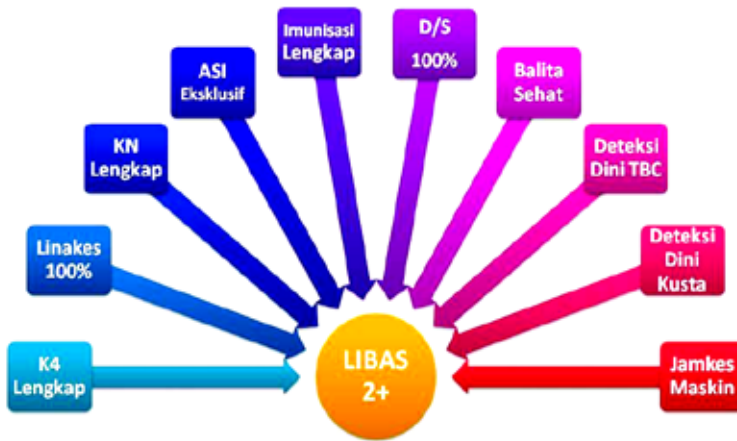
Penempatan Spesialis Obgyn di Puskesmas PONED, dan Berlian Bunda.

Libas 2+

Pada tahun 2011, Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang meluncurkan program prioritas pembangunan kesehatan Kabupaten Sampang yang diberi label 'Libas 2+' (Lima Bebas dan Dua Plus). Secara terinci isi dari program prioritas tersebut antara lain:

1) bebas kematian ibu melahirkan,
2) bebas kematian bayi,
3) bebas gizi buruk,
4) bebas Tuberkulosis (TBC), dan
5) bebas bayi yang tidak terimunisasi lengkap.
6) Plus dua:
7) pelayanan gratis masyarakat miskin, dan
8) tuntas penanganan kusta.

Pada praktiknya di lapangan Libas 2+ diuraikan lagi menjadi beberapa langkah gerakan yang diwujudkan dalam sepuluh pesan kunci gerakan seperti terurai pada Gambar 3.6.

Dalam pengamatan penulis, program 'Libas 2+' lebih merupakan upaya menjalankan program-program yang melekat pada tanggung jawab Dinas Kesehatan dengan penekanan pada prioritas-prioritas tertentu saja. Pada praktiknya Libas 2+ dijalankan sebagai sebuah konsesi di Dinas Kesehatan karena tidak adanya sebuah kebijakan yang berlaku positif yang harus dijalankan oleh pihak-pihak terkait.

Gambar 3.6.
10 Pesan Kunci Gerakan Libas 2+
(Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, 2011)

Tidak adanya kebijakan bersifat regulasi yang berlaku positif menjadikan Libas 2+ kurang punya gigi dalam tataran pelaksanaan. Dinas Kesehatan kelihatannya berkerja sendirian di lapangan. Termasuk tidak adanya dukungan pembiayaan secara langsung dikhususkan untuk program ini. Pembiayaan hanya memanfaatkan atau menumpang pada pembiayaan beberapa program lain yang sejalan dengan Libas 2+. Salah satunya adalah program Jampersal.

Jampersal diluncurkan oleh Pemerintah Pusat lewat Direktorat Jenderal Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak pada saat yang bersamaan dengan diluncurkannya Libas 2+. Program ini ditujukan untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) yang masih tinggi di Indonesia. Jampersal lebih merupakan intervensi pembiayaan untuk ibu hamil. Paket pelayanan yang ditanggung oleh Pemerintah adalah *Antenatal care* (ANC), yaitu pemeriksaan sebanyak 4 (empat)

kali sebelum persalinan, pertolongan persalinan, dan empat kali kontrol setelah persalinan, serta pelayanan Keluarga Berencana (KB) pasca bersalin.

Kemiripan target dan tujuan antara Libas 2+ dan Jampersal membuat Dinas Kesehatan tidak canggung dalam 'mengakuisisi' Jampersal ke dalam Libas 2+. Program besutan Pemerintah Pusat ini diklaim sebagai salah satu atau bagian dari Libas 2+.

Keseriusan Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang dalam mengakuisisi Jampersal dijalankan di lapangan dengan sangat baik. Penelitian yang dilakukan Tety Rachmawati dkk. (2012), tentang Evaluasi Jampersal membuktikan bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang merupakan salah satu yang terbaik dalam manajemen pengelolaannya. Hal ini tidak hanya berdasarkan pengakuan *policy maker* di level Dinas Kesehatan saja, tapi setidaknya hal tersebut dirasakan oleh bidan sebagai pelaksana sekaligus sasaran kebijakan, yang juga dirasakan oleh masyarakat sasaran secara langsung (Laksono, 2012).

Good governance sangat terasa dalam implementasi kebijakan Jampersal. Proses klaim Jampersal di Kabupaten Sampang merupakan yang tercepat dari seluruh kabupaten/kota (Laksono, 2012). Berikut salah satu pernyataan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang yang menyemangati Bidan sebagai pelaksana lapangan program Jampersal;

> "Pastikan (ibu hamil) lahir ke kamu (bidan), pastikan tidak mati, jadi saya akan memastikan pem-bayarannya ..."

SMS 'Bayi Sehat'

Inovasi kebijakan SMS *(Short Message Service)* 'Bayi Sehat' merupakan kelanjutan dari kebijakan SMS 'Pelaporan Kematian Ibu dan Kematian Bayi'. Kebijakan lama yang sudah diluncurkan sejak tahun 2004 dengan mengisi otopsi verbal kematian ibu dan bayi.

Sejak terbitnya Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan tentang Pelaporan Ibu dan Bayi pada awal Maret 2011, maka seluruh pelaporan kematian bukan hanya dengan mengisi otopsi verbal penyebab kematian ibu dan bayi tetapi juga melalui SMS kepada Bidan Pembina di Puskesmas. Semua data kematian Ibu dan Bayi di-SMS-kan oleh Bidan Koordinator di Puskesmas ke Dinas Kesehatan melalui Nomor HP *(handphone)* 08123577207 yang dipegang oleh Kasie Kesehatan Ibu dan Anak. Per tanggal 1 Januari 2012, melalui Kebijakan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan yang lebih baru, maka semua bayi yang lahir di wilayah Kabupaten Sampang dilaporkan ke Dinas Kesehatan melalui SMS 'Bayi Sehat' ke nomor HP 087808088048 (Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, 2012).

Penyampaian informasi melalui SMS ini berlaku untuk setiap kelahiran sebelum berumur tujuh hari. Jika pelaporan kelahiran baru melebihi tujuh hari, maka wajib mencantumkan alasan kenapa setelah lebih dari tujuh hari kelahiran baru terpantau.

Ada 6 (enam) jenis informasi yang dikirim dalam setiap SMS 'Bayi Sehat' yang dikirimkan. Enam jenis informasi tersebut terdiri atas: 1)jam lahir-hari, 2) nama ibu-bapak, 3) paritas, 4) lahir hidup/mati, 5) alamat-Puskesmas, dan 6) Penolong.

Sedang untuk SMS balasan ada 4 (empat) jenis SMS balasan atau *reply* yang akan diterima pemberi laporan. Empat jenis balasan yang tercantum dalam dokumentasi SMS 'Bayi Sehat' tersebut didasarkan pada kondisi bayi dan jenis tenaga penolong persalinannya. Empat SMS balasan tersebut sebagai berikut.

1) Jika bayi lahir normal dan ditolong bidan;
   "TERIMA KASIH. Lakukan Imunisasi, KN 2 & Timbang di Posyandu setiap bulan. Jangan Lupa! KB dan Akta Kelahiran".
2) Jika bayi berat badan lahir rendah dan ditolong bidan;
   "TERIMA KASIH. Lakukan Imunisasi, pantau 1 mg lagi, KN 2 & Timbang di Posyandu setiap bulan. Jangan Lupa! KB dan Akta Kelahiran".
3) Jika bayi lahir normal dan ditolong dukun bayi;
   "TERIMA KASIH. Pantau Perawatan Tali Pusat, Lakukan Imunisasi, KN 2 & Timbang di Posyandu setiap bulan. Jangan Lupa! KB dan Akta Kelahiran".
4) Jika bayi berat badan lahir rendah dan ditolong dukun bayi;
   "TERIMA KASIH. Pantau Perawatan Tali Pusat, Lakukan Imunisasi, pantau 1 mg lagi, KN 2 & Timbang di Posyandu setiap bulan. Jangan Lupa! KB dan Akta Kelahiran".

Hal ini merupakan langkah kebijakan yang sangat inovatif. Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang telah menggeser pola kerjanya, dari paradigma sakit (kematian ibu dan bayi) yang berorientasi pada kuratif rehabilitatif

menuju paradigma sehat (bayi sehat baru lahir) yang lebih berorientasi para promotif dan preventif.

Kebijakan yang termasuk dalam perbaikan manajemen system survailans melalui SMS *gateway* ini membawa perubahan baru sebagai salah satu *good governance* di Kabupaten Sampang. Dinas Kesehatan menjadi tahu persis berapa sasaran yang menjadi tanggung jawabnya. Dinas Kesehatan tidak lagi tergantung pada data yang dikeluarkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) yang lebih merupakan data proyeksi yang sering kali melenceng jauh dari sasaran riil yang ada di lapangan.

Penempatan Spesialis Obgyn di Puskesmas PONED

Pada tahun 2012, Kabupaten Sampang menyediakan dokter spesialis obgyn (*obstetric* dan *gynecology*) di 3 (tiga) dari 5 (lima) Puskesmas PONED (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar) yang ada di Kabupaten Sampang. Program ini dilaksanakan melalui inisiasi dan pembiayaan dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

Pada tahun 2013, diperluas dengan dikembangkannya upaya deteksi dini risiko tinggi ibu hamil. Saat ini pelayanan dilakukan di tiga puskesmas, yaitu Puskesmas Omben, Puskesmas Kedungdung, dan Puskesmas Ketapang.

Upaya pelaksanaan pelayanan spesialis ini dilakukan seminggu sekali di tiap Puskesmas dengan hari yang sudah ditetapkan secara konsisten. Hal ini sangat penting karena ibu hamil yang hendak memanfaatkan pelayanan ini menjadi tahu pasti kapan jadwal spesialis akan dibuka. Program layanan spesialis ini menjadi menarik bagi ibu hamil karena

untuk memanfaatkan pelayanan spesialis ini, tidak perlu lagi mengeluarkan biaya tambahan. Inovatif!

Berlian Bunda

Pada tahun 2013, Kabupaten Sampang meluncurkan kebijakan program baru yang diberi nama 'Berlian Bunda'. Program ini akan dilaksanakan pada tahun 2013 sampai dengan tahun 2017.

Secara filosofis program ini menyatakan bahwa "Anak merupakan milik ibu yang paling berharga melebihi perhiasan berlian yang sangat mahal harganya' dan 'Anak merupakan titipan Ilahi yang harus dipelihara sejak dalam kandungan ibu".

Ada 6 (enam) program utama dari 'Berlian Bunda', yang terdiri atas: 1) peningkatan kesehatan ibu, anak dan remaja; 2) penuntasan kasus gizi buruk; 3) perlindungan masyarakat miskin/tertinggal; 4) aSI eksklusif; 5) revitalisasi taman posyandu; dan 6) "BERLIAN AWARDS". Diharapkan dari enam program utama 'Berlian Bunda' ini bisa mengurangi kematian ibu, kematian bayi dan balita gizi buruk di Kabupaten Sampang.

Upaya peluncuran kebijakan program baru ini merupakan *refreshing* program yang merupakan evaluasi sekaligus perbaikan bagi pelaksanaan kegiatan program tahun sebelumnya. Ini menjadi sangat penting karena memancing gairah baru bagi para pelaksana di lapangan sehingga upaya pencapaian menuju 'Sampang Bermartabat' menjadi semakin jelas arahnya.

E. Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan

Kondisi Kabupaten Sampang yang dimasukkan oleh Kementerian Kesehatan RI sebagai salah satu kabupaten DBK (Daerah Bermasalah Kesehatan), menjadikan daerah ini salah satu daerah Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan atau biasa disingkat sebagai PDBK.

Kegiatan pendampingan ini dimulai dengan penyelenggaraan kalakarya pada tanggal 13 September 2011. Pada kalakarya tersebut Dinas Kesehatan mengundang beberapa lintas sektor terkait untuk digugah kesadarannya untuk secara bersama-sama turut serta menanggulangi permasalah kesehatan. Pada pertemuan di ruang pertemuan pendopo kabupaten tersebut dibuka oleh Bupati Sampang dan dihadiri kurang lebih 124 peserta.

Upaya menggugah kesadaran baru ini terus digulirkan di Kabupaten Sampang dan diturunkan sampai pada level ke bawah. Untuk mewujudkan hal tersebut Dinas Kesehatan mencoba membuat slogan baru yang mudah diingat, yaitu 'Yo ... Ayoo ...!' Slogan baru ini lebih merupakan wadah target dari upaya gerakan kesadaran baru ini.

PDBK dalam pelaksanaannya di Kabupaten Sampang ditujukan untuk melakukan beberapa perbaikan, terutama pada beberapa indikator kunci dari IPKM. Secara kongkret target yang tercantum dalam 'Yo ... Ayoo ...!' sebagai berikut.

1) Bayi ditimbang di Posyandu 100%.
2) Ibu hamil bersalin di Bidan 100%.
3) Bayi diimunisasi 100%.
4) Ibu hamil diperiksa 100%.
5) Balita gizi buruk nol.

Target sasaran ini secara terus-menerus digulirkan bersama dengan motto-motto PDBK dalam setiap kalakarya yang merupakan media dialog di Puskesmas. Beberapa motto yang sempat terekam penulis diantaranya: “Kita dapat sepakat untuk tidak sepakat”; “Kita semua adalah sejawat, kerabat, dan sahabat kita: tidak ada subjek-objek, atau jabatan: subjek ke subjek”; “Silahkan interupsi kapan saja”; “Bertanya apa saja, belum tentu saya bisa menjawab (jawab bersama)”; “Tidak ada pendapat yang salah, yang salah adalah yang tidak berpendapat”; “Kesalahan adalah pembelajaran *(embrace error)*”; “Kita belajar bersama seumur hidup”; “Tidak malu mengakui bahwa kita tidak tau”.

Di lapangan, gerakan kesadaran baru ini lebih menginspirasi para pelaku lapangan untuk lebih optimis dan kreatif dalam menyelesaikan masalah lapangan. Salah satunya adalah jargon “Banyak Bicara Banyak Kerja” yang dikumandangkan di Puskesmas Robatal (lihat boks).

Banyak Bicara Banyak Kerja*

Berbeda dengan jargon yang berhubungan dengan kinerja yang selalu diucapkan untuk memotivasi, yaitu 'Sedikit Bicara Banyak Kerja!'. Hal ini tidak berlaku untuk petugas kesehatan di Kabupaten Sampang, setidaknya di wilayah Puskesmas Robatal.

"Banyak bicara banyak kerja ..." *demikian jargon yang ditekankan oleh Totok Sudirman, selaku Kepala Puskesmas Robatal kepada para petugas kesehatan di jajarannya. Pendekatan jargon ini dicoba diterapkan dalam keseharian pelaksanaan tugas bukannya tanpa sebab. Berdasarkan data profil tahun 2011, dari seluruh penduduk di Kabupaten Sampang yang berjumlah 803.866 jiwa, sebanyak 86% tidak sekolah, tidak tamat SD, maupun tamat SD. Dengan tingkat pendidikan yang demikian maka media sosialisasi maupun promosi yang berisikan tulisan bisa dibilang menjadi kurang efektif, kalau tidak mau disebut sia-sia.*

Budaya masyarakat kita cenderung pada budaya oral (percakapan) daripada budaya baca, apalagi dengan tingkat pendidikan yang mayoritas lulusan sekolah dasar ke bawah. Sudah tentu penyebarluasan informasi yang berupa buku panduan, leaflet, maupun baliho yang besar sekalipun, akan dianggap sebagai angin lalu.

* Kutipan tulisan Agung Dwi Laksono (2012), dalam buku ***'Gado-Gado ala Sampang'***. Diterbitkan oleh Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.

F. Penutup

Telah banyak inovasi kebijakan yang digulirkan Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang. Inovasi-inovasi tersebut sedikit banyak telah membawa perubahan positif, tidak hanya pada capaian *output* pelayanan, tetapi juga pada *mindset* para pelaku lapangannya. Status Kabupaten Sampang sebagai Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK) mampu membangunkan para punggawa yang ada di dalamnya untuk sadar dan bangkit dari masalah yang melingkupinya.

Besar harapan bahwa kebangkitan ini tidak hanya berkutat pada petugas kesehatannya saja, tetapi sanggup meresonansi pada petugas atau aparat di luar bidang kesehatan, dan bahkan lebih jauh lagi sampai pada masyarakat. Sebuah tantangan besar dan sangat berat karena mayoritas masyarakat Sampang yang miskin dan berpendidikan rendah. Pasti bisa!

Daftar Pustaka

Davis, G.1992. *Sistem Informasi Manajemen*. Pustaka Binawan, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI. 2003. *Pedoman Pelayanan Antenatal di Tingkat Pelayanan Dasar*, Depkes RI, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI. 2009. *Pedoman Pengawasan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA).* Departemen Kesehatan RI., Jakarta.

Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, 2009. *Profil Kesehatan Kabupaten Sampang tahun 2009.* Kabupaten Sampang, Sampang.

Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, 2010. *Profil Kesehatan Kabupaten Sampang tahun 2010*. Kabupaten Sampang, Sampang.

Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, 2011. *Profil Kesehatan Kabupaten Sampang tahun 2011*. Kabupaten Sampang, Sampang.

Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, 2012. *Dokumentasi SMS 'Bayi Sehat'*. Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, Sampang.

Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, 2012. *Profil Kesehatan Kabupaten Sampang tahun 2012*. Kabupaten Sampang, Sampang.

Jogiyanto, H.M. 2009. *Sistem Teknologi Informasi*. Andi Offset, Yogyakarta.

Kabupaten Sampang. *Peraturan Daerah Kabupaten Sampang nomor 5 tahun 2011 Tentang Retribusi jasa umum*. Pemerintah Kabupaten Sampang, Sampang.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2008. *Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 828/MENKES/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.* Kementerian Kesehatan RI., Jakarta.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2010. *Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat*. Kementerian Kesehatan RI., Jakarta.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012. *Buku Saku Posyandu*. Kementerian Kesehatan RI., Jakarta.

Laksono, Agung Dwi, 2012. *Gado-Gado ala Sampang*. Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Surabaya.

Rachmawati, Tety, Setia Pranata, Vita Wati, Selma Siahaan, Ingan Ukur Tarigan, Niniek L. Pratiwi, Rukmini, Wasis Sumartono, Muhammad Agus Mikrajab, Yurika Fauzia, Yunita Fitrianti, Sri Handayani, Rozana Ika Agustiya, Wening Widjayanti, Agung Dwi Laksono, 2012. *Riset Evaluasi Jampersal*. Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Surabaya.

BAB 4

Bab 4

‘Sang Penolong’ Persalinan Tradisional di Sampang

Setia Pranata

A. Pendahuluan

Keberadaan Dukun Bayi di Sampang, salah satu Kabupaten di Pulau Madura tercatat dalam Profil Kesehatan Kabupaten Sampang Tahun 2012 sebanyak 518 dukun. Dua kali lebih banyak dibanding keberadaan Bidan yang jumlahnya 207 orang. Kondisi tersebut cukup membuat peneliti berpikir mengapa keberadaan Dukun Bayi jauh lebih banyak dibandingkan Bidan? Padahal Pemerintah dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 623/MENKES/PER/IX/1989 sudah mencanangkan program Bidan Desa. Saat ini Bidan Desa di Kabupaten Sampang sudah ditempatkan dan sudah menempati posisinya di setiap Desa. Itulah data yang peroleh peneliti dari profil Kesehatan Kabupaten Sampang.

Dengan memerhatikan fenomena tersebut, setelah berdiskusi dengan teman-teman di kantor Dinas Kesehatan

Kabupaten Sampang, peneliti tertarik untuk mendalami profil Dukun Bayi yang keberadaannya masih diapresiasi oleh masyarakat. Dalam diskusi tercetus nama Kecamatan Robatal, sebuah wilayah yang terletak di pedalaman Kabupaten Sampang. Berdasarkan data Profil Kesehatan Kabupaten Sampang Tahun 2012, di wilayah Kecamatan Robatal tercatat ada 48 orang yang dikenal sebagai Dukun Bayi.

Kecamatan Robatal terdapat sebuah Puskesmas yang bertanggung jawab terhadap terciptanya situasi kesehatan di wilayah kerjanya. Salah satu tugasnya adalah mengupayakan kesehatan ibu dan anak yang merupakan prioritas pembangunan kesehatan karena sampai saat ini Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Ibu di Indonesia masih relatif tinggi dibanding negara lain di ASEAN. Dalam mengupayakan kesehatan ibu dan anak, Puskesmas juga bertugas melakukan pembinaan terhadap para Dukun Bayi yang dinilai berkontribusi terhadap tingginya kematian ibu dan bayinya.

Pembinaan terhadap Dukun Bayi tersebut sebagai bagian dari upaya menciptakan *safe motherhood*, suatu gerakan untuk mengingatkan bahwa kesakitan dan kematian maternal seharusnya dapat dicegah melalui mekanisme yang memadai. Untuk itu, Dukun Bayi dibina agar tidak lagi mandiri dalam melakukan pertolongan persalinan. Masalahnya walau Puskesmas sudah melakukan pembinaan dan pemerintah setempat sudah membuat kebijakan lokal yang melarang dukun bayi melakukan pertolongan persalinan, tetapi masih ada diantara mereka yang melakukan pertolongan persalinan.

Fenomena masih banyaknya Dukun Bayi dan dilakukannya pertolongan persalinan oleh Dukun Bayi meng-

indikasikan bahwa masyarakat masih mengapresiasi peran dan fungsi Dukun Bayi. Dengan memberikan gambaran tentang profil Dukun Bayi, pembelajaran dan pelayanan yang diberikannya, diharapkan dapat membantu Pemerintah Daerah dalam menyikapi keberadaan Dukun Bayi.

B. Hadiyah, Dukun Bayi dari Robatal

Rencana untuk mengunjungi kediaman Dukun Bayi menjadi agenda pembicaraan kami dengan Pak Totok yang menjabat sebagai kepala Puskesmas Robatal. Skenario yang dibuat Kepala Puskesmas, peneliti nantinya akan didampingi oleh Bidan Desa dalam melakukan kunjungan ke kediaman Dukun Bayi. Suatu kondisi yang dilematis buat peneliti untuk menerima atau menolak skenario Kepala Puskesmas tersebut. Kalau diterima dikawatirkan kebebasan berbicara dan berpendapat dari Dukun Bayi menjadi terganggu dengan keberadaan Bidan Desa. Tapi kalau ditolak, peneliti juga tidak enak hati dengan Kepala Puskesmas yang sudah berupaya memfasilitasi untuk bertemu dengan Dukun Bayi. Beruntung sekali, Bidan Desa yang sedianya mengantar, mendadak harus mengikuti kegiatan di kota kabupaten sehingga kami terhindar dari kondisi dilematis tersebut. Tugas mendampingi, akhirnya dilimpahkan pada salah seorang kader kesehatan.

Dengan sepeda motor, kader kesehatan yang kebetulan seorang Bapak, mengantar kami ke kediaman Dukun Bayi. Melewati jalan desa beraspal yang sebagian aspalnya sudah hilang dan dihiasi dengan retakan jalan dan beberapa lobang, ka-mi meluncur ke rumah ibu Dukun Bayi. Sekitar 10 me-nit dari Puskesmas, kami sampai di gang menuju rumah

Gambar 4.1.
Dukon Bəji' Hadiyah dan Pewarisnya
(Sumber: Dokumentasi Tim Peneliti, Juni 2013)

dukun tersebut. Karena baru turun hujan, jalan menuju rumah si Dukun menjadi berlumpur dan licin, perjalanan dilanjutkan dengan berjalan kaki sejauh 300 meter, maka sampailah kami di rumah ibu Hadiyah. Demikian orang-orang di wilayah sekitar tempat tinggalnya mengenal sang Dukun Bayi tersebut.

Sebagaimana umumnya masyarakat perdesaan di Madura, satu keluarga mempunyai tradisi mendirikan bangunan tempat tinggal di satu lahan dengan batas pagar yang biasanya terbuat dari tanaman. Bangunan itu didirikan pada sisi yang berhadapan sehingga di tengah lahan tersebut tersisa halaman memanjang yang disebut sebagai "*tanean lanjəng*". Terminologi untuk menyebutkan pola tempat tinggal sebuah keluarga di Madura (Jonge dan Leunissen, 1989). Sesuai perkembangan zaman, pola tempat tinggal tradisional ini sudah banyak berkurang. Bangunan dengan pola modern sudah banyak ditemukan di daerah itu.

Suatu hal yang kebetulan, tempat tinggal ibu Hadiyah masih berdiri sesuai pola tradisional. Di "*tanean lanjəng*" Ibu

Hadiyah, terdapat terdapat tiga bangunan. Satu bangunan didirikan di sisi utara lahan dan difungsikan sebagai tempat tinggal. Di seberangnya, ada satu bangunan yang disekat menjadi dua dan di fungsikan sebagai tempat memasak "*dəpor*" dan tempat "*kandəng sape*". Satu bangunan lagi adalah "*langgər*" suatu bangunan yang biasanya di bangunan disisi sebelah Barat lahan yang di fungsikan sebagai tempat ibadah salat.

Bangunan sederhana terbuat dari bambu dan berlantaikan tanah, itulah tempat tinggal ibu Hadiyah yang juga mempunyai nama Hatimah, "*nyama dəging*" terminologi untuk menyebutkan nama pemberian orang tuanya. Dia tinggal bersama dua anak perempuannya yang tidak punya suami, seorang cucu perempuan dan seorang cicit laki-laki yang berusia delapan tahun. Dalam kesehariannya, tidak ada laki-laki dewasa di tempat itu. Mungkin karena itu sehingga bangunan tempat tinggal ibu Hadiyah beserta anak-cucunya terlihat kumuh tidak terawat.

Mengawali dengan memberikan salam kepada penghuni di rumah sederhana tersebut, pak Kader mengatakan bahwa dia mendapat amanah dari Puskesmas untuk mengantar kami, tamu dari Surabaya untuk bertemu dengan ibu Hadiyah, *dukon bəji'*. Tanpa sempat dipersilahkan duduk oleh tuan rumah, pak Kader dengan alasan ada keperluan keluarga, kemudian meninggalkan kami di rumah Dukun Bayi. Tak lupa kami pun melepas kepergian pak Kader yang telah berbaik hati mengantar dengan "*mator sakalangkong*", ucapan terima kasih dalam bahasa Madura. Dengan raut muka penuh tanda tanya, ibu Dhimah yang kebetulan adalah cucu dari sang Dukun Bayi, mempersilahkan kami masuk dan duduk

di "*lencak*" tempat duduk yang terbuat dari bambu dan dua buah kursi kayu tua. Setelah duduk, kami pun mengenalkan diri dan menjelaskan tentang maksud kedatangan untuk bertemu dan berbincang-bincang dengan ibu Hadiyah.

Setelah memahami maksud kedatangan kami, sang cucu sejenak masuk ke rumah dan kemudian menuntun ibu Hadiyah, sang nenek menemui kami. Dilihat dari kondisi fisiknya, ibu Hadiyah terlihat sudah renta. Saat keluar dari rumah untuk menemui kami, dia tidak mampu berjalan sendiri dan dituntun oleh cucu perempuannya. Dia juga tidak mampu melihat dan mendengar dengan baik. Ketika ditanya, sang cucu yang mendampingi senantiasa mengulang pertanyaan yang kami ajukan dengan intonasi suara yang lebih keras. Kondisi ini diderita oleh ibu Hadiyah sejak dua bulan sebelum kedatangan kami. Menurut sang cucu, dia sempat dirawat inap di Puskesmas Robatal yang jaraknya sekitar 1,5 km dari tempat tinggalnya.

Gambar 4.2.
Tempat Tinggal Dukun Hadiyah
(Sumber: Dokumentasi Tim Peneliti, Juni 2013)

Ibu Hadiyah seorang perempuan yang pernah melahirkan dengan keadaan hidup sepuluh anaknya. Ketika ditanya tentang usia, dia tidak bisa menjawab secara pasti berapa umurnya saat ini. Yang diingat adalah pada zaman Jepang dia sudah sudah punya dua anak. Catatan yang bisa mengindikasikan umurnya adalah dokumen piagam pelatihan dukun bayi terlatih. Pada piagam yang menyatakan tahun 1983 sebagai tahun pelaksanaan pelatihan tersebut, tertulis bahwa usia ibu Hadiyah pada saat itu adalah 55 tahun. Dari dokumen tersebut dapat diperkirakan bahwa beliau lahir sekitar tahun 1928 dan cukup pantas untuk punya dua anak saat pendudukan Jepang.

Ibu Hadiyah dilahirkan dan dibesarkan di desa Robatal yang jauh dari perkotaan, bukan merupakan hal aneh bila dia tidak bisa membaca dan menulis huruf latin. Karena sekolah formal pada zaman itu masih terkonsentrasi di wilayah perkotaan. Walaupun menurut Kuntowijoyo (1989), mengenai pendidikan formal di Madura pada tahun 1907-an sudah ada laporan-laporan yang mengemukakan bahwa pendidikan sudah mulai menjangkau masyarakat perdesaan dan "*oreng kene'*". Pendidikan sudah tidak hanya diperuntukkan pada anak-anak pejabat dan orang kaya. Sebagai "*oreng kene'*" yang hidup di perdesaan, satu-satunya pendidikan yang diperoleh ibu Hadiyah adalah pendidikan mengaji yang senantiasa memenuhi kehidupan sehari-hari dan mempunyai kedudukan yang utama dalam kehidupan masyarakat Madura.

C. Menjadi *Dhukon Bəji’*

Walaupun berasal dari keturunan dukun bayi, tetapi bagi ibu Hadiyah menjadi dukun bayi bukanlah merupakan impiannya. Ibunya dahulu dikenal sebagai seorang dukun bayi yang senantiasa keliling Desa, bahkan sering ke desa tetangga untuk menolong persalinan. Saat sang Ibu dipanggil untuk melakukan pertolongan persalinan, Ibu Hadiyah acap kali diminta menemani sang Ibu. Dia dinilai lebih mempunyai keberanian sehingga sering diminta menemani ibunya dibanding saudara lainnya. Kegiatan ini dijalani sejak belum menikah dan terus berlangsung walau dia sudah menikah dan punya anak. Tidak banyak hal yang dikerjakan saat menemani sang ibu. Dia lebih banyak melihat apa yang ibunya kerjakan, walau tidak jarang ikut memegangi dan memijat ibu yang mau melahirkan.

Saat pertama kali menolong persalinan, ibu Hadiyah tidak dapat mengingat tahun kejadiannya. Dia hanya bisa mengingat bahwa pengalaman pertama itu terjadi ketika dia sudah punya anak tiga. Orang yang ditolong pertama itu adalah kakak iparnya. Berikut cerita ibu Hadiyah:

> *“... pertama nolong reng rembi’... kaulə ampon gaduwən anak tello’... bəkto neka embok epar se ngandhung rajə aserrowan sake’ tabu’... embuk kaleressən pas tadha’ e compok ... tepaksa kaulə se nolong embok ...”* (... pertama kali menolong orang melahirkan ... saya itu sudah punya 3 anak ... waktu itu kakak ipar yang sedang hamil besar mengeluh bahwa perutnya sakit ... ibu saya kebetulan sedang tidak berada di rumah ... terpaksa saya yang menolong kakak ipar …).

Dari cerita diatas dapat kita lihat bahwa pengalaman pertama menolong persalinan terjadi tanpa adanya skenario dari sang ibu yang notabene seorang Dukun Bayi untuk memberi pengalaman kepada anaknya. Terkait dengan orang yang ditolong tersebut adalah kakak iparnya, dikemukakan lebih lanjut oleh Ibu Hadiyah bahwa ibunyalah yang sedianya akan menolong persalinan anak menantunya itu. Tetapi karena ibu dari ibu Hadiyah yang berprofesi sebagai dukun bayi kebetulan sedang berada diluar rumah, pergi ke desa sebelah untuk menolong orang yang melahirkan. Dengan berbekal ilmu "melihat ibunya", terpaksa dia menolong kakak iparnya melahirkan.

Pengalaman pertama, apapun kejadiannya sering kali merupakan "*moment*" yang sulit untuk dilupakan. Demikian juga dengan kejadian yang dialami ibu Hadiyah berhasil dengan selamat menolong persalinan. Menarik untuk diketahui bagaimana perasaan yang dialami saat menolong persalinan pertama kali dan berhasil dengan selamat. Ketika ditanya tentang bagaimana perasaannya, jawabannya ada-lah takut dan cemas. Rasa takut dan cemas adalah hal yang mendominasi perasaannya. Namun langsung berubah menjadi lega dan bahagia ketika dia berhasil membantu. Berikut penuturannya:

> *"... perasaan kaulə é bəkto nolong mbok epar nglahiragi neka ... tako'... kabəter... biasana kan coma nolonge embuk ... tape alhamdulilla bisa slamet"* (perasaan saya ketika membantu kakak ipar melahirkan itu ... takut ... khawatir ... biasanya dia hanya membantu ibunya ... tetapi puji syukur pada Yang Maha Kuasa bisa selamat).

> *"....bəkto baji'na kaloar... ləggah rassana ... bunga onggu ... Alhamdulillah ..."* (begitu keluar bayinya ... lega rasanya ... benar-benar bahagia ... puji syukur pada Yang Maha Kuasa).

Bagi ibu Hadiyah keberhasilan pertama menolong persalinan lebih dianggap sebagai "takdir" akan perannya menjadi "*dhukon bhâji'*". Tampaknya pengalaman pertama ini dianggap sebagai "inisiasi" dan penguatan psikologis untuk pengesahan dirinya menjadi "*dhukon bəji'*". Setelah itu dia mulai berani *"nampane"* menerima bayi yang keluar dari rahim ibu bersalin. Awalnya memang masih ditemani oleh sang Ibu, tapi dengan berjalannya waktu dan banyaknya pengalaman, akhirnya ibu Hadiyah sudah mandiri menolong persalinan. Masyarakat pun kemudian memberi predikat kepadanya sebagai "*dhukon bəji'*".

Studi yang dilakukan Yitno dan Handayani (1980), menemukan hal yang serupa. Dikemukakan bahwa hal pertama yang mendorong seseorang menjadi dukun bayi adalah keadaan terpaksa atau kebetulan saja. Bila dalam menolong persalinan yang dilakukan secara terpaksa atau kebetulan ini ternyata berhasil, maka selanjutnya orang akan menaruh kepercayaan kepada kemampuannya. Karena desakan, dorongan, dan kepercayaan dari masyarakat sekitarnya, maka seseorang yang pada mulanya tidak tahu dan tidak mempunyai niat akhirnya menjadi dukun.

Suatu kenyataan yang tidak dapat dipungkiri bahwa pada dekade tahun 1980-an peranan dukun bayi sebagai penolong persalinan masih cukup tinggi. Studi yang dilakukan di Jakarta oleh Does Sampoerno dan Widodo Talogo (1970),

menyatakan bahwa jumlah persalinan yang ditolong dukun bayi ada sekitar 80%. Studi Singarimbun (1972), di wilayah Jogyakarta juga menunjukkan kondisi serupa. Pada tahun 1990-an, fenomena pertolongan persalinan oleh dukun bayi masih belum banyak berubah. Dukun bayi masih merupakan pilihan penolong persalinan yang diminati masyarakat. Kondisi ini dapat kita lihat dari data Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1992 yang menunjukkan bahwa 70% persalinan di perdesaan dan 50% persalinan di daerah perkotaan masih ditolong oleh dukun bayi.

Mengenai hasil pertolongannya, Istiarti (1996) dengan mengutip data survey yang dilakukan BKS PENFIN Depkes – WHO – IDRC pada tahun 1988 di daerah pedesaan di 50 kecamatan di 6 kabupaten di Jawa Tengah, ditemukan bahwa dari 14.691 persalinan, terdapat 50 ibu yang meninggal. Dengan kata lain, angka kematian maternalnya adalah 343/100.000 kelahiran hidup. Suatu angka kematian maternal yang cukup tinggi.

Beberapa faktor yang disinyalir berkontribusi terhadap tingginya angka kematian maternal antara lain karena 80% kelahiran dilakukan oleh tenaga tidak terlatih, perawatan di masa kehamilan yang kurang memadai, diakibatkan oleh penyakit dan asupan gizi yang tidak baik. Untuk mengurangi tingginya angka kematian ibu, Pemerintah berusaha memperbaiki dan memperluas cakupan pelayanan meternal kepada masyarakat. Salah satu upaya yang dilakukan adalah dengan menerapkan program Bidan di Desa. Program tersebut dimaksudkan untuk memperluas penyediaan pelayanan kesehatan sehingga mudah dijangkau khususnya untuk perempuan di daerah perdesaan.

Tidak mudah mengubah perilaku masyarakat dalam mencari pertolongan persalinan dari pelayanan dukun kepada pelayanan petugas kesehatan. Disadari bahwa masih kuatnya tradisi masyarakat untuk memanfaatkan dukun bayi sebagai penolong persalinan yang dianggap berkontribusi terhadap terjadinya kematian ibu. Pemerintah kemudian melakukan intervensi untuk meningkatkan keterampilan para dukun bayi yang masih mendapat kepercayaan masyarakat dengan cara memberikan pelatihan menjadi dukun terlatih.

Sebagai salah satu orang yang berprofesi sebagai dukun bayi, Ibu Hadiyah pernah mendapat pelatihan sebagai dukun terlatih. Pelatihan ini merupakan salah satu bentuk program pembinaan yang dilakukan oleh Pemerintah kepada dukun bayi. Tujuannya agar dalam proses pertolongan persalinan terhindar dari risiko gagal atau terjadi komplikasi. Di samping pembinaan secara teknik medik, para dukun bayi juga diminta membuat catatan dan pelaporan kegiatannya. Pemerintah sudah membuat Buku Catatan Dukun, Buku Persalinan Dukun dan Laporan Dukun Bayi (Adisusilo, 1987). Sayangnya Ibu Hadiyah sudah lupa dengan dokumen itu. Yang diingat adalah dia harus melaporkan kepada ibu Bidan kalau menolong persalinan sendiri. Sebagai kelengkapannya, dukun bayi termasuk juga ibu Hadiyah, diberi peralatan "persalinan *kit*" secara cuma-cuma. Peralatan tersebut diharapkan mampu mengurangi risiko terjadinya infeksi penyakit. Berdasarkan sertifikat tertulis bahwa pelatihan yang diikuti oleh ibu Hadiyah untuk menjadi dukun bayi terlatih itu dilakukan pada tahun 1983.

D. Pembelajaran Menjadi Dukun Bayi

Menjadi Dukun Bayi tidak mudah. Menjadi dukun bayi membutuhkan proses dan waktu yang tidak sebentar. Dilihat dari prosesnya, ada dua jenis dukun bayi. *Pertama,* kebanyakan adalah dukun bayi terjadi karena keturunan. Menjadi dukun bayi adalah anugerah yang bisa diwariskan oleh generasi sebelumnya, bisa ibunya, neneknya atau setidaknya ada hubungan kerabat. Bustami dan Toersilaningsih (2000), mengemukakan bahwa mereka yang menjadi dukun bayi karena keturunan, biasanya mampu menolong kehamilan, persalinan dan nifas pada usia yang relatif muda. Mereka mempunyai semacam kepandaian alam walaupun dia masih harus magang pada dukun bayi yang lebih senior untuk memperoleh pengalaman dan legitimasi dari masyarakat.

Pada kasus ibu Hadiyah menjadi dukun bayi, diakui bahwa dia adalah keturunan dari seorang dukun bayi. Namun demikian, dia tidak serta merta langsung bisa menolong persalinan. Karena punya keberanian dan tidak *jijik-an*, maka ibunya sering kali mengajaknya saat melakukan pertolongan persalinan. Kondisi ini terjadi sejak ibu Hadiyah belum menikah. Kalau kemudian bisa melakukan pertolongan persalinan secara mandiri ketika dia sudah menikah dan mempunyai anak yang ketiga, maka itu adalah waktu belajar yang cukup lama. Sebagai dukun bayi, dia juga ingin menurunkan ilmunya kepada anak-anaknya. Tetapi karena penilaian terhadap anak-anaknya kurang memenuhi syarat untuk menjadi dukun bayi, maka dia tidak mengajari anaknya menjadi dukun bayi.

Kedua, dukun bayi yang diperoleh melalui proses belajar. Dukun bayi karena belajar biasanya melalui proses yang cukup panjang. Magang dari dukun bayi senior saat melakukan pertolongan persalinan adalah cara untuk memperoleh ilmu menjadi dukun bayi. Lama kegiatan magang ini tergantung pada kemampuan si calon dukun. Dalam menjalankan perannya sebagai dukun bayi, Ibu Hadiyah mengakui pernah menerima seseorang untuk magang pada dirinya. Mengenai lamanya, dikatakan:

> *"... abid, ra-kera bedhə empa' taonan se ngabulə."* (... lama, kira-kira ada empat tahunan yang magang).

Ketika ditanya mengapa menerima orang lain untuk magang? sementara dia punya anak perempuan yang harusnya bisa dididik menjadi penggantinya nanti sebagai dukun bayi. Setelah beberapa saat terdiam, dia mengungkapkan bahwa anak-anak perempuannya tidak memenuhi syarat untuk menjadi dukun bayi. Karena itu, dia sering minta tolong tetangga untuk mengantar saat menolong persalinan yang kemudian menjadi orang yang "*ngabulə*" (magang) kepadanya.

Ibu Hadiyah tidak keberatan dimagangi sebagai balas jasa karena diantar saat menolong persalinan. Terlepas dari semua itu, persyaratan utama untuk menjadi dukun adalah orang tersebut diharuskan mempunyai rasa "*belləs*" kasih kepada sesama dan yang penting adalah orang itu tidak mudah "*gupo*", gugup dalam bertindak dan tidak jijik saat melihat darah ketika menolong ibu melahirkan.

> *"... syaradda ... namong andhi' ate belləs ..., ta' gəmpang gupo ... bən ta' bəji'ən ka dhərə."* (syaratnya antara lain punya rasa kasih dan sayang kepada sesama, tidak mudah gugup dan tidak jijik pada darah).

Suatu persyaratan yang benar-benar praktis. Kita tentu dapat membayangkan bagaimana kejadiannya bila orang yang belajar menjadi dukun bayi adalah orang yang mudah panik dan takut pada darah. Dalam proses belajar ini tidak ada ritual tertentu atau berhubungan dengan hal-hal yang bersifat supranatural. Kondisi ini berbeda dengan studi Bustami dan Toersilaningsih (2000) juga dengan Yitno dan Handayani (1980), yang menemukan ada persyaratan lain yang berhubungan dengan dunia *supranatural*.

Dalam mentransfer pengetahuannya, Ibu Hadiyah mengajarnya dengan cara mengajak orang tersebut menolong persalinan *learning by doing*. Awalnya membantu menyiapkan peralatan. Dengan melihat secara langsung bagaimana dia menangani persalinan, sang calon bisa belajar bagaimana memijat ibu hamil, membantu mendorong janin dari perut ibu secara perlalan-lahan, cara menerima bayi yang keluar dari rahim, mengikat dan memotong tali pusat, serta bagaimana membersihkan dan memandikan bayi.

E. Pelayanan Dukun Bayi

Pelayanan yang diberikan oleh seorang dukun bayi adalah pelayanan terhadap ibu sejak kehamilan sampai masa nifasnya, termasuk juga pelayanan kepada bayi yang dilahirkan. Diakui oleh ibu Hadiyah bahwa dulu dia sering dipanggil dan dimintai bantuan menolong orang

untuk melihat kondisi kehamilan, menolong persalinan dan merawat ibu nifas beserta bayinya. Seiring dengan masuknya tenaga bidan ke desa-desa dan adanya program kemitraan bidan-dukun bayi membuat Ibu Hadiyah mulai tidak banyak menolong persalinan. Disepakati bahwa yang bertugas menolong persalinan adalah ibu bidan, dukun bayi hanya boleh melakukan kegiatan perawatan yang tidak membahayakan kepada ibu dan bayinya. Namun dalam kondisi tertentu seperti kalau ada ibu mau melahirkan, sementara itu bidan tidak berada ditempat atau ada ibu yang tidak mau ditolong bidan, maka dia tidak keberatan membantu menolong persalinan itu.

Program kemitraan bidan-dukun bayi oleh Pemerintah Kabupaten Sampang melalui Dinas Kesehatan pada tahun 2012 diperkuat dengan penandatanganan perjanjian kerja sama yang diketahui oleh Kepolisian setempat. Intinya adalah dukun bayi dilarang melakukan kegiatan menolong persalinan. Menolong persalinan hanya boleh dilakukan oleh petugas kesehatan yang berwenang. Suatu upaya represif yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan agar dukun berpikir ulang kalau mau menolong persalinan karena ada keterlibatan pihak Kepolisian. Menyikapi kondisi tersebut, Ibu Hadiyah merasa tidak ada masalah. Dia memang tidak mendapat uang atau lainnya sebagai jasa menolong persalinan. Ada *reward* lain yang diperolehnya. Kalau menyuruh ibu hamil untuk melahirkan di tempat ibu bidan, maka dia akan memperoleh uang jasa dari bidan tersebut. Bukan untuk alasan uang jasa, dia melakukan semua itu sebagai bentuk kasih sayangnya kepada sesama.

PEMERINTAH KABUPATEN SAMPANG
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS ROBATAL
Jalan Raya Robatal No. 72 Telp. (0323) [illegible]
SAMPANG

PERJANJIAN KERJA SAMA

Perjanjian kerja sama kemitraan Bidan Dan dukun Bayi di Desa Gunung Rancak Kecamatan Robatal

Dengan mengucap Puji Syukur Kehadirat Allah SWT, maka pada hari ini

Selasa 17 Juli 2012 kami :

1. BIDAN DESA.

Selanjutnya disebut sebagai PIHAK II

2. DUKUN BAYI.

Selanjutnya disebut sebagai PIHAK I

Melakukan perjanjian kerja sama sebagai berikut:

1. Tidak menolong persalinan hanya merawat ibu dan bayi
2. Tidak lagi melakukan tindakan menolong persalinan,melainkan merujuknya ke PIHAK II.
3. Jika mengetahui ibu yang akan melahirkan segera membawa ke bidan
4. Mendapat jasa rujukan sebesar Rp. 50.000 dari Bidan
5. Apabila ibu melahirkan harus dirujuk ke Rumah Sakit maka bidan hanya memberikan uang jasa rujukan sekedarnya saja kepada PIHAK I
6. Mendapat teguran dari kepala desa secara lisan 2 kali apabila dukun masih tetap menolong persalinan maka dukun tersebut akan di laporkan ke petugas berwenang

Demikian perjanjian ini dibuat dan dipatuhi demi kepentingan bersama.

Pihak I

1. Bu Samuri
2. Bu sori'i
3. Bu Sarimah
4. Bu Rum
5. Bu Sorri
6. Bu Saniimen
7. Bu Sinah

Pihak II

SRI SUPRAPTI, Amd.Keb
NIP. 19730822[illegible]

MERY PUSPITASARI, Amd.Keb
PTT. 13.4.047.1382.46

Robatal, 17 Juli 2012
Mengetahui
Kepala [illegible] Puskesmas Robatal

TOTOK [illegible]IRMAN SH.MM.Kes
NIP. 19680925 199002 1 001

Saksi,

[illegible] Robatal — [illegible], NRP 72020110

Camat Robatal — [illegible], AP.MM, NIP. [illegible]

[illegible] Robatal — [illegible], NRP. [illegible]

Gambar 4.3.
Perjanjian Kerja Sama Bidan-Dukun
(Sumber: Dokumentasi Tim Peneliti, Juni 2013)

Walau keberadaannya sebagai dukun bayi sudah tidak diperbolehkan menolong persalinan, tetapi masyarakat masih ada saja yang meminta bantuannya untuk memeriksa dan membetulkan kondisi kehamilannya. Dalam memberikan kegiatan tersebut, ibu Hadiyah kadang dipanggil ke rumah yang bersangkutan dan kadang juga ada yang datang ke kediamannya. Walau diakui bahwa ibu-ibu sudah pergi ke tenaga kesehatan untuk memeriksakan kehamilannya, namun mereka masih memanfaatkan jasa dukun bayi guna meyakinkan kehamilannya. Berbekal pengalaman, dengan cara meraba perut ibu yang periksa, Ibu Hadiyah sudah bisa memperkirakan umur kehamilan ibu tersebut. Saat melakukan perabaan di daerah perut hamil tidak dilakukan penekanan karena itu akan membahayakan si ibu dan janinnya. Berikut pendapatnya:

> *"... kandungan tello' sampe' empa' bulən .... bəji' ka'dinto ... gi' nempel e kennenganna ... rajəna ra-kera sapaneka."* -sambil mengangkat ibu jari tangannya- (... kalau usia kehamilan antara 3-4 bulan, posisi janin masih menempel pada tempatnya ... dengan besar seperti ini-sambil mengangkat ibu jari tangannya-).
>
> *"... manabi meceddi oreng se ngandung tello' empa' bulən, ta' kengeng wat-kowat."* (... kalau memijat ibu yang usia kehamilannya antara 3-4 bulan, jangan keras keras).
>
> *"... omor lema' ennem bulən, bəji' ampon ocol dəri kennenganna ... tak nempel pole."* (... usia 5-6 bulan, janin sudah lepas, tidak nempel lagi)

"... omor petto'... bəji' ampon bisa e gəgə... serana ampon gerrə." (... usia 7 ditandai dengan sudah bisa dipengangnya si janin dan kepala sudah keras).

"... manabi lahirrə...tandəna ... akadi oreng se bədi akaberrədən." (... tanda-tanda mau melahirkan si ibu terasa seperti mau buang air besar).

Mengenai kemampuan sang dukun bayi untuk mendeteksi umur kehamilan, dibandingkan dengan perkembangan janin dalam rahim ibu adalah sebagai berikut. Secara biologis pada kehamilan minggu ke-12 bentuk wajah bayi sudah lengkap demikian juga bentuk jari tangan dan kaki. Panjangnya sekitar 6 cm dengan berat 14 gram. Pada minggu ke-16 atau bulan ke-4, bayi sudah terbentuk sepenuhnya dengan ukuran sekitar 11 cm dengan berat 80 gram. Minggu ke-20 dikatakan bahwa setengah proses pembentukan bayi sudah dilalui. Beratnya mencapai 260 gram dan panjangnya antara 14-16 cm. Pada minggu ke-25, tulang bayi semakin mengeras dan bayi menjadi semakin kuat. Akhirnya pada minggu ke-31, fase perkembangan fisik sudah mulai selesai dan tulang bayi sudah mulai mengeras (Novie, 2008).

Memerhatikan perkembangan janin dari minggu ke minggu dan apa yang dikemukakan oleh ibu Hadiyah sebagai dukun yang tidak mengenyam pendidikan formal, cukup mengagumkan. Berbekal pengetahuan tradisional-nya, dia bisa mengidentifikasi dan memprediksi usia kehamilan ibu.

Karena kondisi kehamilannya, para ibu hamil sering kali mengalami keluhan. Seperti dikemukakan oleh Rahayu (2000), perubahan anatomi dan fisiologi yang dialami ibu hamil dapat menyebabkan terjadinya keluhan. Pembesaran

rahim menyebabkan pusat grafitasi tubuh bergeser kedepan. Agar tidak jatuh, tulang belakang ibu hamil bagian pinggang akan lebih *lordisis* yang mengakibatkan beban berat bagi otot tulang belakang dan tungkai sehingga dapat timbul nyeri tulang belakang dan tungkai. Perubahan pada artikulasio tulang panggul menjadi lebih longgar, bila digunakan untuk bergerak terlalu cepat, dapat menimbulkan rasa nyeri di daerah panggul belakang. Keluhan-keluhan inilah kemudian diatasi oleh para ibu hamil dengan cara melakukan pemijatan pada dukun bayi, termasuk Ibu Hadiyah. Kalau ibu hamil sudah memanfaatkan jasa Ibu Hadiyah, biasanya ibu tersebut akan kembali meminta jasa secara rutin setiap bulan.

Memerhatikan masih tingginya angka kematian ibu dan kontribusi pelayanan penolong persalinan tradisional, dengan lantang Ibu Hadiyah menyatakan bahwa dia belum pernah mengalami kegagalan dalam menolong persalinan. Terkait dengan kejadian kematian, diakui olehnya bahwa pernah sekali menolong ibu dimana bayinya sudah meninggal di dalam rahimnya. Dia bersyukur kepada Yang Maha Kuasa karena selama menjalankan profesinya, dia tidak pernah menolong persalinan yang berakibat kematian pada ibu atau bayinya.

F. Peran Dukun Bayi dalam Pelayanan KIA

Sejak kebijakan penempatan bidan di desa diberlakukan dan ketika para tenaga bidan mulai ditempatkan di berbagai pelosok perdesaan untuk memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka menurunkan Angka Kematian Ibu, Bayi dan Balita, peran dukun bayi dalam melakukan pelayanan mulai

tergantikan oleh para bidan. Demikian juga dengan peran Ibu Hadiyah sebagai seorang dukun bayi di Desa Robatal, Kecamatan Robatal, Kabupaten Sampang. Sampai dengan sepuluh tahun yang lalu, dia masih sering dimintai tolong masyarakat untuk menolong persalinan. Walau menolong persalinan senantiasa dilakukan bersama dengan Bidan dengan mendatangi rumah dari ibu yang akan melahirkan. Kadang Bidan yang mengajak dan terkadang juga dia yang mengajak Bidan. Diakui oleh Ibu Hadiyah bahwa kerja sama yang terjalin antara dia dengan Bidan cukup baik, karena sama-sama bisa menjaga perasaan dan tanggung jawab masing-masing.

Mengenai keputusan siapa yang berperan sebagai penolong persalinan, itu sangat tergantung kepada permintaan keluarga yang akan melahirkan. Kalau keluarga tersebut meminta dukun yang menolong maka Bidan lebih banyak berperan sebagai pengawas walau juga membantu selama proses pertolongan persalinan tersebut. Tetapi kalau Bidan sebagai penolong persalinan, maka sang dukun bayi lebih banyak berperan sebagai asisten yang membantu proses pertolongan persalinan.

Selain menjadi penolong persalinan dan asisten dari Bidan, peran dukun bayi masih berlanjut untuk menangani ibu dan anak yang dilahirkan. Upaya mengurusi ibu dan anaknya ini berlangsung sampai tujuh atau bahkan sampai 40 hari bila diminta oleh keluarga yang bersangkutan.

Sehubungan dengan peran dukun bayi, studi yang juga dilakukan di Sampang oleh Widyasari, dkk. (2012), menunjukkan bahwa keberhasilan seorang ibu melahirkan dengan selamat akan mendapat perlakuan istimewa.

Pada tujuh hari pertama setelah melahirkan, si ibu hanya bertanggung jawab mengurus dirinya sendiri, sementara urusan rumah menjadi tanggung jawab orang tuanya sedangkan urusan membersihkan dan memandikan bayi setiap pagi dan sore hari menjadi tanggung jawab dukun bayi yang memang diminta untuk membantu. Pentingnya perawatan organ reproduksi ibu paska melahirkan juga memberikan peran pada dukun untuk terlibat dalam kegiatan seperti penyediaan ramuan tradisional sebagai jamu yang harus dikonsumsi ibu dan ramuan "*parem*" yang dioleskan ke bagian tubuh seperti pada kaki, perut dan wajah dengan maksud untuk mengencangkan kembali otot-otot setelah melahirkan.

Jasa layanan lain yang diberikan oleh Ibu Hadiyah adalah pijat pada ibu, bayi dan anak. Pemijatan pada ibu biasa dilakukan pada ibu yang hamil untuk mengurangi rasa sakitnya akibat kondisi kehamilannya. Pada ibu pasca melahirkan, pemijatan dilakukan untuk mempercepat pengembalian otot-otot ke posisi yang seharusnya. Pemijatan pada bayi dianggap perlu karena ada kepercayaan bahwa bayi tentunya akan merasa penat setelah berjuang lahir ke dunia karena itu dilakukan pemijatan pada bayi. Pemijatan pada anak-anak dilakukan bila anak mengalami gangguan kondisi tubuh yang dikenal dengan istilah "*rog⍰h*", kondisi tidak nyaman pada tubuh anak akibat aktivitas fisik sang anak.

Dalam sepuluh tahun terakhir, Ibu Hadiyah sudah semakin jarang menolong persalinan. Mungkin karena keberadaan Bidan di Desa dengan segala kegiatannya sudah mendapat apresiasi dan kepercayaan dari masyarakat, sehingga masyarakat mulai berorientasi kepada petugas

kesehatan dalam mencari pertolongan dan pelayanan kesehatan. Tampaknya strategi jangka panjang penempatan Bidan di Desa mulai membuahkan hasil, mengurangi peran dukun bayi dalam menolong persalinan secara bertahap. Namun demikian, kondisi ini tidak berarti bahwa semua peran dukun bisa digantikan oleh Bidan. Masyarakat masih membutuhkan keberadaan dukun bayi bukan sebagai penolong persalinan, tetapi sebagai tenaga ahli dalam mengurusi ibu nifas dan bayinya. Hal inilah yang masih rutin dikerjakan oleh Ibu Hadiyah.

G. Harapan Dukun terhadap Pelayanan KIA

Kebetulan dilahirkan dari seorang dukun bayi dan sekarang menjadi seorang yang oleh masyarakat sekitarnya dikenal sebagai dukun bayi, adalah takdir dan amanah yang harus Ibu Hadiyah emban. Sebagaimana pengakuannya bahwa tidak ada niat sedikitpun untuk menjadi dukun bayi. Keadaan di lingkungan tempat tinggalnya yang waktu itu relatif jauh dan sulit untuk menjangkau perkotaan serta terbatasnya kemampuan sarana pelayanan kesehatan untuk menjangkau masyarakat di wilayah perdesaan merupakan hal yang membuat dia kemudian menjadi dukun bayi. Bisa membantu orang yang benar-benar membutuhkan pertolongan seperti ibu yang mau melahirkan adalah karunia yang tidak terhingga baginya.

Berbeda dengan kondisi sekarang. Desa Robatal dan desa-desa lain disekitarnya sudah terhubung pada kota kecamatan dan kota kabupaten dengan jalan yang sudah beraspal. Setiap keluarga, tampaknya sudah punya

alat transportasi yang siap mengantar setiap saat bila ada keperluan. Menurut Ibu Hadiyah, untuk menjangkau Polindes, Puskesmas dan bahkan Rumah Sakit sudah bukan masalah lagi.

Terkait pelayanan kesehatan ibu dan anak, sudah ada bidan di setiap Desa, sudah ada dokter di Puskesmas, sudah ada orang yang memberikan pelayanan dengan baik dan benar. Demikian yang dikemukakan ibu Hadiyah. Ketika ditanya apa harapannya sebagai dukun bayi terhadap pela-yanan KIA, dia hanya terdiam, tidak menjawab.

Bagi Ibu Hadiyah sebagai seorang dukun bayi, kebera-daan Bidan di setiap Desa, semakin jarangnya orang yang meminta pertolongan untuk melahirkan, tidak membuat dia khawatir. Mengenai rejeki, menurut dia, sudah diatur oleh Yang Maha Kuasa. Dia tinggal menjalani sesuai dengan apa yang ditakdirkan-Nya.

H. Penutup

Dengan mengacu pada temuan di lapangan, harus diakui bahwa sampai saat ini orang yang berprofesi sebagai dukun bayi masih ada. Walau tidak banyak digunakan lagi sebagai penolong persalinan, dengan pengalamannya, dukun bayi masih dimanfaatkan masyarakat sebagai tenaga ahli dalam mengurusi ibu nifas dan bayinya.

Memperhatikan perubahan peran yang diberikan masyarakat kepada dukun bayi, pemerintah hendaknya juga tanggap dalam menyikapi perubahan peran tersebut. Kalau peran baru dari dukun bayi dianggap sebagai potensi kekayaan budaya, maka pemerintah bertanggung jawab untuk

PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN DAERAH TINGKAT II SAMPANG

DINAS KESEHATAN

Surat Keterangan

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama :

Tgl. Lahir/Umur :

Alamat :

telah selesai mengikuti :

tgl. s/d tgl.

yang diselenggarakan di :

Sampang, tgl.

Ketua Panitia

Mengetahui :

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten

Daerah Tingkat II Sampang

Gambar 4.4.
Contoh Surat Keterangan Sebagai Dukun Bayi Terlatih
di Kabupaten Sampang
(Sumber: Dokumentasi Tim Peneliti, Juni 2013)

melakukan pembinaan dan membantu dukun bayi dengan memberi pelatihan terkait dengan peran barunya tersebut. Namun bila dinilai akan mempunyai risiko terhadap kesehatan dan bila segala tindakan terkait kesehatan ibu dan anak menjadi wewenang dan tanggung jawab petugas kesehatan, maka peran dukun bayi sebagai tenaga ahli yang mengurusi ibu nifas dan bayinya, hendaknya diupayakan sedemikian rupa sehingga itu bisa dilakukan dan menjadi tanggung jawab dari keluarga itu sendiri. Ini perlu dilakukan sebagai proses penghantar untuk menghindari kesan "perampokan peran" sebelum tanggung jawab tersebut diserahkan sepenuhnya kepada petugas kesehatan.

Daftar Pustaka

Adisusilo Taufik, 1987. *Laporan Penelitian Kajian Untuk Peningkatan Intervensi Dukun Bayi*. seminar sehari kajian untuk peningkatan intervensi dukun bayi. Jakarta.

Bustami dan Toersilaningsih, 2000. *Perlukah dukun bayi dipertahankan?* Warta Demografi, Tahun 30, Nomor 4, 2000.

Istiarti, Tinuk, 1996. *Pemanfaatan Tenaga Bidan Desa, Pusat Penelitian Kependudukan*, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.

Kuntowijoyo, 1989. *Agama Islam dan Politik, Gerakan-gerakan Syarekat Islam Lokal di madura, 1913 – 1920, dalam Agama, Kabudayaan dan Ekonomi;* Studi-studi Interdisipliner tentang Masyarakat Madura. Penyunting, Huub de Jonge. Rajawali Pers, Jakarta.

Leunissen, Jef, 1989. *Pertanian rakyat di Madura, dalam Agama, Kabudayaan dan Ekonomi*; *Studi-studi Interdisipliner tentang Masyarakat Madura*. Penyunting: Huub de Jonge, Rajawali Pers.

Novie Sri maulani, 2013. *Perkembangan janin dari minggu ke minggu*. Tersedia pada http//perkembanganjanin. blogspot.com/2008/10 Diunduh pada bulan Agustus 2013.

Rahayu, Solehah Catur, 2000. Ibu Hamil, apa yang terjadi di balik keluhannya? *Medika*, No. 10 Tahun XXVI: 671 – 675.

Sampoerno Does dan Talogo Widodo, 1970. *Penilaian tentang Sifat-sifat Khusus Dukun Bayi di Kecamatan Senen dan Penjaringan, Jakarta.*Bidang Keluarga Berentjana Dinas, D.C.I., Jakarta.

Singarimbun Masri, Sriharjo, 1972. *Family Planning Study, Some Preleminary Results*. Lembaga Kependudukan UGM, Yogyakarta.

Yitno Amin dan Handayani Tri, 1980. *Sang Penolong, Studi tentang Peranan Dukun Bayi dalam Persalinan di Ngaglik, Yogyakarta.*Pusat Penelitian dan Studi Kependudukan, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.

Widyasari, Ratna, Ida Diana Sari, Aprilliana Lailatul M., Sofyan Haryanto, M. Setyo Pramono, 2012. *Buku Seri Etnograf Kesehatan Ibu dan Anak 2012; Etnik Madura Desa Jrangoan, Kecamatan Omben, Kabupaten Sampang, Provinsi Jawa Timur.* Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Surabaya.

BAB 5

Bab 5

Peran Sosial Dukun Bayi bagi Masyarakat Sampang

Setia Pranata

A. Pendahuluan

Suatu fenomena yang harus diakui keberadaannya bahwa dukun bayi masih dimanfaatkan oleh masyarakat. Data Profil Kesehatan Kabupaten Sampang tahun 2012 mengungkapkan bahwa dari 17.232 persalinan yang terjadi masih ada 578 kasus persalinan yang dilakukan oleh bukan tenaga kesehatan. Pemerintah Daerah, melalui Dinas Kesehatan sudah melakukan berbagai upaya kesehatan agar masyarakat memanfaatkan bidan yang sudah siap memberikan pelayanan di setiap desa. Pertanyaan mendasar terkait fenomena ini adalah mengapa masih ada pertolongan persalinan yang dilakukan oleh bukan tenaga kesehatan dengan kompetensi kebidanan?

Jika dilihat dari aspek teknik medis, manajemen pelayanan kesehatan dan sosial budaya, hal ini tentunya bukan karena bidan tidak kompeten dalam menjalankan

perannya. Seseorang yang menyandang profesi "bidan" sudah "seharusnya" yang bersangkutan menguasai teknis klinis kebidanan dan kesiapan mental untuk menolong persalinan. Bidan dituntut dapat menjalankan perannya dengan lebih baik dan mampu melakukan praktik kebidanan secara komprehensif.

Setelah berhadapan dengan keadaan nyata di wilayah kerjanya, bidan dapat menggunakan *problem based learning* (Mukti, 1996), juga dilengkapi dengan ilmu dan keterampilan tentang "bidan di komunitas" (WHO, 1996). Kalau ditemukan bidan tidak menguasai teknik klinis kebidanan dan melakukan pendekatan pada masyarakat, maka yang pertama kali pantas untuk disalahkan adalah lembaga pencetak tenaga bidan.

Adanya persalinan yang ditolong oleh bukan tenaga kesehatan di Sampang, semata-mata bukan ketidak-mampuan manajemen pelayanan kesehatan. Dilihat dari Profil Kesehatan, cakupan persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan kompetensi kebidanan, menunjukkan lebih dari 97% persalinan yang terjadi di Sampang. Dibandingkan data cakupan persalinan tahun 2010, dimana masih terdapat lebih dari 10% persalinan yang dilakukan oleh bukan tenaga kesehatan, prestasi tahun 2012 tersebut merupakan manajemen pelayanan kesehatan yang bagus. Di Madura tampaknya aspek yang memungkinkan masih dilakukannya persalinan oleh bukan tenaga kesehatan adalah aspek sosial budaya.

Sebagai mahluk sosial dan sebagai bagian dari masyarakat, setiap individu senantiasa berada dalam struktur yang akan memberinya peran dalam menjalankan fungsi sosialnya. Terkait dengan peran seseorang dalam memberikan

pertolongan persalinan, masyarakat mengenal dokter, bidan dan dukun bayi. Untuk dokter dan bidan, struktur yang ada mengharuskan mereka menempuh pendidikan formal untuk memperoleh keterampilan, kompetensi dan sekaligus kewenangan melakukan pertolongan persalinan. Berbeda dengan dukun bayi yang terikat pada struktur tradisi dalam memperoleh keterampilan dan pengakuan masyarakat sebagai penolong persalinan.

Secara tehnik, masyarakat sudah memberikan penilaian dan pengakuan bahwa bidan adalah orang yang mempunyai pendidikan, keterampilan dan kompetensi untuk menolong ibu-ibu melahirkan. Bahkan Dukun Bayi sudah mengakui kelebihan Bidan sehingga dia bisa menerima ketika diminta Pemerintah untuk tidak melakukan pertolongan persalinan dan beralih peran sebagai kader kesehatan ibu dan anak. Tidak ada tempat lagi bagi seorang Dukun Bayi untuk bersaing dengan Bidan. Tetapi mengapa masih ada masyarakat yang memanfaat-kan dukun bayi sebagai penolong persalinan?

Untuk menjawab pertanyaan mengapa keberadaan dukun bayi masih diapresiasi oleh masyarakat, tulisan ini akan memfokuskan pada kajian peran dan kedudukan sosial dukun dalam struktur masyarakat. Peran dan kedudukan sosial tersebut dalam persektif ilmu sosial mempunyai fungsi penting dalam mengatur hubungan timbal balik antarindividu dan antara individu dengan masyarakat.

B. Peran dan Status Sosial Dukun Bayi

Berbicara tentang peran dari seseorang dalam kehidupan sehari-hari, istilah peran sering kali tumpang tindih

dengan istilah status atau kedudukan. Yang jelas, dalam pandangan sosiologis (Soekanto, 1982) peran *(role)* dan status merupakan unsur baku dalam stratifikasi sosial. Status diartikan sebagai tempat atau posisi seseorang dalam kelompok sosial. Adapun peran dianggap sebagai aspek dinamis dari suatu kedudukan. Robinson (1986), menyatakan peran sebagai hal yang mengacu pada posisi-posisi dalam masyarakat dan sebagai apa yang dilakukan oleh orang-orang dalam perannya. Bila ditinjau dari ilmu perilaku, Sarwono (1993), mengemukakan bahwa kedudukan sebagai suatu tingkatan dalam sistem stratifikasi sosial yang diakui oleh masyarakat. Dalam kehidupan bermasyarakat, setiap individu bisa mempunyai kedudukan lebih dari satu sesuai dengan perannya. Peran adalah suatu perilaku, kepercayaan, nilai dan sikap, yang oleh masyarakat diharapkan muncul dan menandai sifat serta tindakan individu yang mempunyai kedudukan.

Dalam hal ini, peran menggambarkan perilaku yang seharusnya diperlihatkan oleh individu yang menjalankan peran dalam situasi yang umum. Peran lebih mengarah pada fungsi, adaptasi dan sebagai suatu proses. Seseorang dinilai mempunyai peran bila sudah melaksanakan hak dan kewajiban sesuai kedudukannya. Kedudukan sosial tidak hanya sebatas posisi seseorang dalam struktur tertentu tetapi juga berhubungan dengan *prestige*, hak-hak dan kewajibannya.

Demikian juga halnya dengan keberadaan seorang dukun bayi. Langkah awal untuk dapat melakukan perannya sebagai orang yang mempunyai kemampuan menjadi penolong persalinan, calon dukun bayi tahu benar bahwa dia

harus mendapat pengakuan masyarakat. Kedudukan sebagai kerabat --anak, cucu, menantu -- dari ibu yang sudah diakui masyarakat sebagai dukun bayi merupakan kedudukan yang diberikan *assigned status* yang mejadi modal pengakuan masyarakat. Modal dasar ini kemudian dilengkapi dengan upaya seperti "magang", *nyantrik*, *ngabule*. Intinya adalah calon dukun wajib hukumnya menjadi asisten dari sang dukun bayi. Nilai-nilai tentang kepedulian pada sesama, tolong-menolong dan keikhlasan merupakan *value* yang harus dipunyai seorang dukun bayi dalam memberikan pelayanan. Bagi dukun bayi, yang penting adalah memberikan pelayanan dengan sepenuh hati, jangan sekali-kali berharap akan mendapat imbalan jasa, apalagi meminta. Merupakan pantangan untuk meminta bayaran atas jasa yang diberikan, sebagaimana dikemukakan oleh dukun bayi Ibu Misriyah ketika disinggung tentang upah atas jasanya.

> *"... bunten ... kaula tak toman menta ... tak olle ka'dinto ... namabi eparenge ... gi etampane ... manabi bunten gi ta'panapa"* (... tidak ... saya tidak pernah minta ... itu tidak boleh ... kalau diberi ya diterima ... kalau tidak diberi ... ya tidak apa-apa).

Kelengkapan lain untuk mendapat pengakuan atas kedudukan dan perannya adalah kepercayaan diri dari sang dukun bahwa dia mampu malakukan pertolongan persalinan, dia adalah orang yang terpilih. Perolehan *assigned status* ini akan sempurna bila si calon dukun berhasil melewati masa inisiasi dengan cara menolong persalinan dengan selamat tanpa bantuan dari sang dukun bayi. Paling tidak inilah informasi yang diperoleh pada dua orang dukun bayi Ibu Hadiyah dan Ibu Misriyah di wilayah Robatal, Sampang.

Bentuk interaksi yang terjadi antara Dukun Bayi dan pengguna jasanya lebih bersifat personal dan penuh dengan simpati. Dukun bayi tidak hanya sekadar memberikan pelayanan khusus untuk menolong ibu dan bayinya saja. Dukun bayi bisa memberi pelayanan lebih, seperti yang dilakukan Ibu Hadiyah, yang membantu mengembalikan bentuk tubuh ibu sehabis melahirkan, menyediakan ramuan untuk perawatan organ reproduksi, dan bisa mengatasi hal-hal yang bersifat *supranatural* yang menimpa bayi atau ibunya.

Berbeda dengan dokter atau bidan yang senantiasa memberikan empati, menjaga hubungan secara profesional dan membatasi diri sesuai pendidikan dan kompetensinya. Foster dan Anderson (1986), mengemukakan bahwa kemajuan pendidikan kedokteran telah mengharuskan mereka menghindari keterlibatan emosi yang berlebihan dengan kliennya. Mereka belajar tentang apa yang disebut "perhatian yang lepas" suatu upaya untuk objektif dalam diagnosis atau pengobatan pasien. Dalam mendiagnosa atau mengobati pasien, para dokter diharapkan tidak terjerat pada penderitaan pasien, sudah merupakan keharusan untuk memerhatikan pasien tetapi tidak terlibat secara emosional. Mungkin inilah yang menyebabkan seorang dokter jarang menangani anggota keluarga sendiri dan menyerahkan pada kolega yang dipercaya.

Awalnya dukun bayi mempunyai peran yang jelas dan tak tergantikan. Ibu Hadiyah, seorang dukun bayi yang lahir sekitar tahun 1928 dan sudah menjalankan perannya sebelum Pemerintah memprogramkan Bidan Desa, menyadari sepenuhnya bahwa sesuai dengan sebutannya, peran dukun

bayi adalah memberikan perawatan kehamilan, menolong persalinan serta merawat bayi dan ibunya setelah melahirkan. Dia tidak dapat menghitung lagi berapa banyak orang yang ditolongnya. Berbeda dengan pengalaman ibu Misriyah, 50 tahun, seorang dukun bayi yang menjalankan perannya dalam 5 tahun terakhir karena menggantikan ibunya, seorang dukun bayi yang meninggal. Bagi Ibu Misriyah, statusnya sebagai dukun bayi tidak serta merta membuat dia menjalankan peran menolong persalinan. Selama menjalankan perannya, di era Bidan Desa sudah menempati posisinya di setiap desa, di era *making pregnancy safer* sedang gencar dilaksanakan, Ibu Misriyah hanya menolong 3 kasus persalinan. Labih tepatnya dia hanya menolong satu persalinan karena dua persalinan lainnya sudah terjadi ketika dia sampai di rumah ibu yang melahirkan. Saat ini dia lebih banyak membantu merawat bayi dan ibunya setelah melahirkan serta menjadi kader kesehatan. Peran ini juga yang sekarang dijalani oleh Ibu Hadiyah.

Tampaknya perubahan peran dari seorang dengan sebutan “dukun bayi” menjadi katakanlah seorang “kader kesehatan” atau hanya menyandang peran sebagai “dukun pijat” merupakan kondisi yang tidak terelakkan. Berangkat dari masih banyaknya kontribusi dukun bayi dalam kematian ibu melahirkan dan bayi, yang oleh Pemerintah kemudian dikembangkan program bidan desa yang di desain sebagai program *safe motherhood* dan *making pregnancy safer* untuk menurunkan kejadian kematian ibu melahirkan dan juga kematian bayinya, merupakan penyebab berubahnya peran dukun bayi.

Walau perubahan peran dari seorang dukun bayi merupakan konsekuensi yang disadari , namun kondisi ini tidak berarti bahwa semua peran dukun bisa digantikan oleh Bidan. Pada saat ini, masyarakat membutuhkan dukun bayi bukan sebagai penolong persalinan. Masyarakat membutuhkan dukun bayi sebagai orang yang dinilai mempunyai keahlian dalam mengurusi ibu nifas dan bayinya. Paling tidak, dua atau tiga hari dalam sebulan, Ibu Misriyah masih dimintai jasanya untuk memijat dan sekalian membetulkan posisi kandungan dari ibu hamil. Hal ini juga masih dikerjakan oleh Ibu Hadiyah.

Adanya kebijakan pemerintah yang menyatakan bahwa persalinan harus dilakukan oleh petugas kesehatan dengan kompetensi kebidanan membuat dukun bayi menerima sebagai suatu komformitas. Suatu bentuk kepatuhan dukun bayi sebagai akibat dari tekanan kebijakan pemerintah. Kebijakan yang melegitimasi bidan desa sebagai orang yang layak untuk menolong sebuah persalinan.

Terlepas dari *compliance*, katerpaksaan atau apakah memang merupakan riil konformitas, menjaga keseimbangan atau *equilibrium* untuk terciptanya kondisi harmonis dalam kehidupan bermasyarakat adalah sikap dan tindakan yang dilakukan dukun bayi saat menerima kehadiran sang bidan di desanya. Sikap dan tindakan "menerima" yang seharusnya dimunculkan saat dukun bayi akan kehilangan sebagian penghasilannya dari jasa menolong persalinan yang sebelumnya bisa dia peroleh.

Dengan mengatasnamakan kemitraan bidan desa dan dukun bayi, pada penandatanganan piagam kerja sama yang diketahui oleh pemerintah kecamatan dan kepolisian, tertulis

pembagian peran bahwa bidan adalah pelaku penolong persalinan dan dukun bayi adalah mitra bidan. Mitra yang bertugas mengantarkan ibu hamil untuk periksa dan bersalin di bidan. Tampak adanya ambiguitas dari jawaban ketika ditanya mengapa masih melakukan pertolongan persalinan sebagaimana dikemukakan dukun bayi Ibu Misriyah berikut:

> *"... kaula ampon nyoro sopaje ngolok bu bidan ... tape tetep ta' poron ... kadinapa pole, gi terpaksa ... poko'na kaula ampon ngoca' mon bade panapa, resikona tanggung dibi'."* (... saya sudah menyuruh untuk memanggil ibu bidan ... tetapi tetap tidak mau ... bagaimana lagi, ya terpaksa ... yang penting saya sudah mengingatkan kalau nanti ada sesuatu yang tidak dikehendaki, risikonya tanggung sendiri).

Kalau memang dukun bayi mempunyai komitmen yang kuat terhadap kebijakan pemerintah bahwa setiap persalinan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi kebidanan, harusnya dukun bayi tetap menolak melakukan pertolongan persalinan. Walaupun persalinan itu atas permintaan ibu yang mau melahirkan atau keluarganya. Kenyataan sosial yang dilakukan, dukun bayi masih melakukan pertolongan persalinan. Bahkan dia berusaha menghindar dari tanggung jawab kalau nantinya ada hal-hal yang tidak diinginkan terjadi dengan *statement* "risiko tanggung sendiri". Gambaran tersebut jelas merupakan ambigu dari Ibu Misriyah tentang pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Dukun bayi sebagai anggota masyarakat yang mempunyai tempat tinggal yang tetap dan permanen biasanya mempunyai ikatan solidaritas. Ada suatu perasaan diantara

anggota masyarakat bahwa mereka saling memerlukan. Perasaan yang senantiasa harus ditampakkan dan menjadi pengikat anggota masyarakat dalam satu kesatuan. Tampaknya *community sentiment* ini turut mewarnai penerimaan dukun bayi terhadap bidan desa.

Seperti yang dikemukakan Goffman (dalam Ritzer dan Goodman, 2004) tentang konsep diri *(self),* dalam menjalankan peran, setiap orang dalam kehidupan sosialnya akan senantiasa dihadapkan pada ketidaksesuaian antara diri sebagai individu dan diri sebagai hasil proses interaksi sosial. Kalau apa yang ada dalam diri dukun bayi tersebut merupakan suatu keterpaksaan, namun karena sentimen komunitas yang seakan-akan mengharuskan semua anggota masyarakat dalam komunitas tersebut, termasuk sang dukun bayi, menjaga keharmonisan tatanan kehidupan, inilah yang dikenal dengan istilah jarak sosial. Secara teori kondisi ini disebabkan perbedaan antara apa yang ingin kita lakukan secara spontan dan apa yang diharapkan orang lain atau sistem untuk kita lakukan.

Menjadi orang sekaligus anggota masyarakat yang baik serta patuh terhadap norma dan aturan merupakan representasi kolektif yang harus dimunculkan. Apa yang seharusnya dilakukan inilah yang oleh Goffman (dalam Ritzer dan Goodman, 2004) disebut sebagai identitas sosial virtual. Hal inilah yang dimunculkan oleh sang dukun bayi ketika dihadapkan pada situasi dan kondisi tertentu dimana dia harus memilih. Mendapat julukan sebagai orang yang tidak patuh merupakan cela yang harus dihindari.

C. Nilai *Buppa-Babu'-Ghuru-Rato* terkait Peran dan Status Sosial Dukun Bayi

Dalam perspektif sosiologis, pembentukan identitas dari seseorang adalah proses sosialisasi yang tidak bisa dilepaskan dari struktur sosial yang ada. Antropologi mengenal proses pembelajaran ini dengan istilah pembudayaan. Pemberian identitas diri dan kepribadian dasar ini merupakan fungsi utama dari sistem kekerabatan yang berbentuk sebagai lembaga keluarga. Kekerabatan dalam bentuk lembaga keluarga mempunyai peran kuat dalam kehidupan masyarakat Madura untuk internalisasi memberikan pembelajaran bagaimana berperilaku dan menanamkan nilai-nilai yang mendasari perilaku.

Mengacu apa yang dikemukakan Balandier (1986), tentang kekerabatan, dikemukakan bahwa dari sudut pandang struktural dan peran politik yang ditentukan berdasarkan hubungan timbal balik, kekerabatan sebagai kelompok korporasi mewajibkan anggotanya melakukan praktik-praktik tertentu. Konstruksi masyarakat Madura ini dimunculkan dalam bentuk kewajiban dan tanggung jawab bagi semua anggota masyarakat untuk tunduk, taat dan patuh secara hierarkis pada figur *"bhuppa'-bhabhu'-ghuru-rato".* Konsekuensinya adalah setiap anggota keluarga mempunyai kewajiban dan tanggung jawab untuk hormat dan patuh pada keluarga. Kepatuhan ini merupakan kondisi spesifik yang secara eksplisit dikonstruksi oleh masyarakat Madura dalam bentuk referensial standart kepatuhan, "*buppa'-babu', ghuru, rato*" (Hefni, 2007).

Sistem nilai ini memunculkan "keluarga" yang diwakili oleh terminologi "*bhuppa'-bhabhu'*" pada urutan pertama kepada siapa seseorang harus patuh dalam kehidupan sosial budaya masyarakat Madura. Penyebutan istilah "*ghuru*" lebih mengarah pada sosok Kiai, *Ustadz*, atau siapapun yang berkontribusi memberikan ilmu sebagai figur yang harus dipatuhi pada tingkat hierarki selanjutnya. Posisi terakhir kepada siapa orang Madura harus patuh adalah "*rato*" yang diwakili oleh pemerintah, mulai dari level desa sampai pusat.

Sebagai individu yang sadar betul terhadap nilai kepatuhan *"bhuppa'-bhabhu'-ghuru-rato",* seorang dukun bayi mempunyai perasaan khawatir untuk tidak mematuhi dan melakukan tindakan yang tidak dikehendaki oleh pemerintah sebagai perwujudan sang "*rato*". Munculnya "himbauan" bagi dukun bayi untuk tidak melakukan pertolongan persalinan dari sang "*rato*" adalah "perintah" yang harus dipatuhi.

Kabupaten Sampang punya program kesehatan yang dikenal dengan sebutan "LIBAS" yang merupakan akronim dari kata Lima Bebas. Bebas kematian ibu melahirkan, bebas kematian bayi, bebas gizi buruk, bebas TBC, dan bebas dari bayi yang tidak terimunisasi dengan lengkap. Guna mensukseskan program LIBAS termasuk pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan untuk mencegah kematian ibu dan bayi, pendekatan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan Puskesmas sebagaimana disampaikan oleh Pak Totok sebagai Kepala Puskesmas Robatal, memang memanfaatkan sistem nilai *"bhuppa'-bhabhu'-ghuru-rato".*

Dikemukakan lebih lanjut bahwa mereka sebagai pengemban amanat keberhasilan program, meluangkan

waktu untuk "*nyabis*", mendatangi para Kiai untuk mem"*back-up*" pelaksanaannya. Penting bagi petugas kesehatan untuk mendatangi Kiai, sebab restu Sang Kiai merupakan jaminan dan legitimasi kebenaran atau kalau menggunakan terminologi Agama Islam adalah jaminan kemaslahatan. Para *Ustadz* sebagai kepanjangan tangan Kiai, yang lebih banyak berinteraksi dengan masyarakat, juga mempunyai peran penting untuk mensosialisasikan program. Beberapa diantaranya berkenan menjadi Kader Kesehatan. Pendekatan kepada para "*rato*" mulai dari tingkat Kecamatan, Desa dan Dusun, juga merupakan upaya yang diagendakan. Di tingkat Kecamatan dan Desa, Bu Camat dan Bu "*Klebun*" (sebutan untuk kepala desa di Madura), lebih banyak bergerak dengan memanfaatkan gerakan PKK-nya. Sedangkan di tingkat dusun, pemeran utamanya adalah kepala dusun yang dikenal dengan istilah "*apel*".

Berikut tentang Pak Suliyah, 70 tahun, yang mempunyai status sebagai "*apel*", guru ngaji dan suami dari seorang dukun bayi yang sudah almarhumah. Adanya kebijakan bidan desa dan himbauan agar dukun bayi tidak melakukan pertolongan persalinan, menempatkan pak Suliyah dipersimpangan peran. Peran sebagai suami yang harus membela kepentingan isterinya, sebagai guru yang dituntut jujur dan objektif dalam menyampaikan pengetahuan, serta sebagai "*apel*" yang harus mensukseskan program sang "*rato*". Setelah memperoleh informasi secara terinci tentang program dan memahami bahwa program untuk mencegah kematian ibu melahirkan dan bayinya adalah semata-mata untuk kemaslahatan umat, akhirnya Pak Suliyah dengan sepenuh hati membantu terlaksananya program pemerintah ini. Sebagai "*apel*" yang

penting baginya adalah mengutamakan kepentingan umum, bukan untuk diri dan keluarganya, walaupun dia sekarang hanya diberi upah 1,5 juta setiap tahunnya untuk mengemban tugas sebagai "*apel*". Komitmennya untuk membantu bidan desa ditunjukkan dengan cara mendampingi bidan saat melakukan kunjungan kepada ibu hamil dari rumah ke rumah di wilayah otoritasnya.

Sehubungan dengan kasus Pak Suliyah dan konstruksi kewajiban dan tanggung jawab untuk tunduk, taat dan patuh pada figur "*bhuppa'-bhabhu'-ghuru-rato",* tampak bahwa apa yang menjadi identitas sosial aktual akan disesuaikan dengan peran apa yang diutamakan. Masalah yang bersifat "publik" lebih dimunculkan dari pada masalah yang mengandung kepentingan "privat". Walau mungkin ada keterpaksaan, menjaga keseimbangan untuk menciptakan kondisi harmonis dalam kehidupan bermasyarakat adalah sikap dan tindakan yang dilakukan.

D. Penutup

Dengan pertimbangan bahwa pertolongan persalinan harus dilakukan oleh orang dengan kompetensi kebidanan, suatu keadaan yang tidak bisa dihindari bahwa peran dukun bayi sebagai penolong persalinan tradisional harus segera berakhir. Guna memberikan peran baru, Pemerintah sudah berusaha menjadikan dukun bayi sebagai kader kesehatan. Namun dengan keterampilan yang dimiliki dukun bayi untuk memijat dan merawat ibu nifas beserta bayinya secara tradisional, hal inilah yang juga perlu dipertimbangkan dalam melakukan subtitusi peran dukun bayi.

Terkait peran dan status sosialnya, dukun bayi mempunyai banyak peran. Tidak ditemukan peran lain selain yang melekat pada statusnya. Dalam struktur sosial masyarakat, dukun bayi adalah penolong persalinan yang memperoleh keterampilan berdasarkan "*learning by doing*" dan atas pengakuan masyarakat. Sebagai anggota masyarakat yang baik serta patuh terhadap norma dan aturan merupakan representasi kolektif yang harus dimunculkan, membuat apa yang menjadi identitas sosial aktual akan disesuaikan dengan identitas sosial virtual.

Bagaimanapun kondisinya, perubahan peran dukun bayi menjadi kader atau pemberi layanan tradisional lainnya sebagai kondisi yang tidak bisa dielakkan. Perlu dilakukan berbagai upaya agar penerimaan perubahan peran dukun bayi benar sebagai riil konformitas. Kalau diperkenankan mengadopsi ungkapan Bahasa Madura yang berbunyi "*lakona lakone, kennengganna kennengnge"* (pekerjaannya kerjakan, tempatnya tempati) gunakan hal itu untuk meredam penolakan perubahan. Perubahan adalah takdir dan kita masing-masing ditakdirkan untuk menjalani peran sesuai posisi masing-masing.

Daftar Pustaka

Balandier, Georges, 1986. *Antropologi Politik*. Rajawali Pers, Jakarta.

Foster, George dan Anderson Barbara, 1986. *Antropologi Kesehatan*. UI Press, Jakarta.

Hefni, M., 2007. BHUPPA'-BHÂBHU'-GHURU-*RATO*, Studi Konstruktivisme-Strukturalis tentang Hierarkhi Kepatuh-an dalam Budaya Masyarakat Madura. *KARSA,* Vol. XI No. 1 April 2007.

Mukti, Ali Ghufron, 1996. *Menjaga Mutu Pelayanan Bidan Desa; penerapan metode belajar berdasar masalah*. Pusat Penelitian Kependudukan, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.

Ritzer George dan Goodman Douglas, 2004. *Teori Sosiologi Modern.* Kencana, Jakarta.

Robinson, Philip, 1986. *Beberapa perspektif sosiologi pendidikan.* Rajawali Pers, Jakarta.

Sarwono, Solita, 1993. *Sosiologi Kesehatan, beberapa konsep beserta aplikasinya.* Gajah Mada University Press, Yogyakarta.

Soekanto, Soerjono, 1982. *Sosiologi, Suatu Pengantar*. Rajawali Pers, Jakarta.

World Health Organization, 1996. *Foundation Module: The Midwife in The Community, Education Material for Teacher of Midwifery.* Maternal Health and Safe Motherhood Programme Family and Reproductive Health, Geneva.

BAB 6
Bab 6

Alternatif *Positioning* Dukun Bayi

Agung Dwi Laksono

A. Pendahuluan

Penulis yang notabene peneliti kesehatan, berupaya mengimplementasikan strategi pemasaran pada bidang humaniora kesehatan. Sebuah upaya yang dilakukan dengan banyak penyesuaian yang mengundang banyak kritikan dari para peneliti pemasaran.

Pendekatan yang dilakukan dalam penelitian ini lebih kepada sisi humaniora. Pendekatan dengan upaya memanusiakan kembali manusia (Pusat Bahasa Kementerian Pendidikan Nasional Republik Indonesia, 2008). Sebuah pendekatan yang diharapkan untuk tetap memerhatikan kearifan lokal dalam melaksanakan pembangunan ataupun modernisasi. Pendekatan pembangunan yang tetap dengan menggandeng potensi lokal yang ada dan mengakar pada suatu wilayah.

Pendekatan lain yang dipakai dalam penelitian ini untuk memahami apa yang sedang berlaku di masyarakat adalah pendekatan emik dan pendekatan etik. Dua pendekatan yang diciptakan dan dipopulerkan oleh *linguist* terkenal Kenneth Lee Pike pada tahun 1954. Perbedaan prinsip antara emik dan etik, yaitu *emik* perspektif seseorang yang asli *(native)* pada suatu daerah, *etik perspektif* orang luar *(outsider)* daerah tersebut (Pike, 1993). Pendekatan emik digunakan untuk menyelidiki bagaimana masyarakat berpikir bagaimana mereka melihat dan mengkategorikan dunia, tata cara mereka untuk menentukan perilaku, apa yang berarti bagi mereka, dan bagaimana mereka membayangkan dan menjelaskan sesuatu (Kottak, 2006).

B. Akseptabilitas Pelayanan Dukun Bayi versus Bidan

'Persaingan' dukun bayi dan bidan pada tataran masyarakat umum ibarat persaingan antara teknologi tradisional versus teknologi modern. Meski kearifan masyarakat setempat tidak serta merta membuat yang serba tradisional tersebut ditinggalkan. Masyarakat masih akseptabel, masih bisa menerima, dan bahkan masih mengharapkan beberapa pelayanan tetap yang diberikan oleh dukun bayi.

Berdasarkan serial hasil diskusi dengan remaja putri, ibu-ibu rumah tangga, dan tokoh masyarakat/agama secara lengkap gambaran akseptabilitas masyarakat Kecamatan Robatal Kabupaten Sampang terhadap pelayanan Dukun Bayi dan Bidan disajikan dalam bentuk matrik seperti terpapar pada Tabel 6.1. berikut.

Tabel 6.1.
Akseptabilitas Dukun Bayi dan Bidan di Wilayah Puskesmas Robatal
Tahun 2013

Jenis Tenaga	Pra Kehamilan	Masa Kehamilan	Masa Persalinan	Masa Nifas	Pasca Nifas
Bidan	-	++	++	+	-
Dukun Bayi	+	++	-	++	++

Sumber : Data Primer

Keterangan : ++ = Sangat Diterima
+ = Diterima
- = Kurang Diterima

Penelitian ini menunjukkan bahwa secara umum Bidan lebih akseptabel atau lebih bisa diterima dengan jenis pelayanan pada masa kehamilan dan persalinan. Dukun Bayi lebih akseptabel pada pelayanan kehamilan, masa nifas, dan pasca nifas. Hal ini semakin jelas setelah ditegaskan oleh seorang tokoh masyarakat dalam sebuah diskusi:

> "Dukun itu masih sangat diperlukan di masyarakat sini karena bidan itu cuman nolong saat melahirkan saja. Dukun menolong banyak setelah melahirkan. Antara bidan sama dukun harus saling menyadari. Bermitra." (T2).

Gambar 6.1.
Focus Group Discussion Remaja Putri
(Sumber: Dokumentasi Peneliti)

Penelitian ini menemukan hal menarik bahwa pada pelayanan masa tertentu Bidan lebih akseptabel, demikian juga Dukun Bayi. Tetapi pada masa kehamilan, kedua jenis tenaga tersebut secara bersama-sama diterima oleh masyarakat, meski dengan jenis pelayanan yang berbeda, dan bahkan cenderung spesifik. Berikut pengakuan seorang ibu peserta diskusi tentang pelayanan perawatan tubuh yang diberikan oleh Dukun Bayi saat kehamilan:

> "Saya rasa kita di sini masih perlu pelayanan dukun bayi. Kita masih perlu pijat saat hamil, mulai dari awal kehamilan ... saya pijat sama dukun bayi hampir setiap bulan saat hamil ..." (I3).

Tidak hanya berhenti pada keahlian soal pijat memijat, kemampuan lain dari Dukun Bayi yang tidak dimiliki oleh Bidan pada masa kehamilan menurut masyarakat tergambar dalam pengakuan tokoh masyarakat berikut:

> "... pada masa hamil Dukun bisa berperan membetulkan perut (posisi janin), terutama saat umur 7 bulan ..." (T6).

> "... Iyaa ... kalau ada yang merasa sakit atau merasa tidak benar dengan kehamilannya baru minta tolong dukun." (T1).

Gambar 6.2.
Focus Group Discussion Tokoh Masyarakat dan Tokoh Agama
(Sumber: Dokumentasi Peneliti)

Keyakinan yang berkembang selama ratusan tahun di masyarakat Madura atas kelebihan kemampuan dukun bayi dibanding tenaga bidan ini merupakan kebenaran perspektif emik yang tidak bisa begitu saja diabaikan. Bila ingin tujuan secara perspektif etik upaya penempatan bidan di desa bisa berhasil, maka perspektif emik juga harus diperhatikan.

Gambaran akseptabilitas masyarakat lainnya antara pelayanan Dukun Bayi dan Bidan berada pada kategori karakteristik pelayanannya. Dalam penelitian ini masyarakat mendefinisikan sendiri karakteristik pelayanan kedua jenis tenaga tersebut. Semua peserta diskusi, baik dengan peserta tokoh masyarakat dan tokoh agama, ibu rumah tangga, maupun remaja putri sepakat bahwa pelayanan Bidan lebih aman *(safety),* dibanding dengan pelayanan oleh Dukun Bayi:

> "Kalau melahirkan yaa ke bidan, alatnya lebih lengkap, pengetahuan bidan lebih baik soal persalinan ..." (R1-R9).

> "Pengen ke bidan, karena bidan sudah berpengalaman, alat-alatnya lengkap. Kalau di dukun alatnya minim ..." (T7).

Meski dalam pandangan masyarakat Bidan memiliki keunggulan khusus dalam hal keamanan *(safety),* tapi pelayanan Dukun Bayi ternyata masih lekat di hati masyarakat sebagai pelayanan yang humanis. Dukun Bayi dirasa lebih memanusiakan manusia dalam pelayanannya. Beberapa pengakuan tentang hal ini terekam sebagai berikut:

> "Dukun itu tidak pernah *nekan* (pasang tarif) pak, (upahnya) tergantung yang punya rumah ..." (T1).

> "... (dukun) dipanggil atau dijemput ke rumah. Biaya seikhlasnya, 20 ribu, 50 ribu, 100 ribu, seikhlasnya. Diberikan saat 7 harinya (saat pekerjaan selesai) ..." (I5).
>
> "Bidan itu datang hanya kalau Posyandu saja. Tapi kalau masyarakat merasa penting, bidan itu dipanggil ..." (T1, T2, T6).
>
> "Mungkin memang sebagian bidan malas untuk dipanggil ..." (T1)
>
> "Kalau dukun itu (enaknya) dipanggil (ke rumah) mau, kalau bidan ya tidak mau ..." (I5).

Demikian halnya keberadaan Dukun Bayi dan Bidan di masyarakat Sampang, khususnya di Kecamatan Robatal. Keberadaan Bidan diterima masyarakat sebagai sebuah upaya pembaruan pelayanan kesehatan untuk kesehatan reproduksi perempuan, tetapi tetap dengan menempatkan Dukun Bayi dengan posisi yang strategis, memainkan peran dalam *positioning* yang berbeda. Masyarakat pada akhirnya bisa menerima keduanya dan menempatkan pada perannya masing-masing.

Pola yang terjadi adalah pembagian tugas antara Dukun Bayi dan Bidan terhadap pemenuhan kebutuhan perempuan saat prahamil, masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas sampai dengan pasca nifas. Pembagian tugas yang terbentuk dengan sendirinya, pasca di'paksa'kannya Bidan sebagai penolong persalinan oleh Pemerintah.

C. Implementasi Strategi STP untuk Dukun Bayi

Pada tahap implementasi strategi STP untuk Dukun Bayi ini kita melakukannya dalam tiga tahapan, yaitu: *segmentation, targeting, dan positioning.* Masing-masing tahapan dilakukan dengan beberapa penyesuaian sesuai dengan kondisi di lapangan.

Segmentation

Dalam segmentasi ini kita mengidentifikasi apa yang menjadi keinginan masyarakat dalam submarket (segmen). Segmen-segmen inilah yang akan dijadikan landasan dalam membangun bauran pemasaran *(marketing mix)* untuk memuaskan keinginan masyarakat sebagai pelanggan tersebut (Etzel, *et al*., 1997).

Segmentasi pelayanan yang diterapkan dalam pelayanan dukun bayi ini berdasarkan variasi paritas ibu hamil (jumlah kehamilan). Segmen dibagi menjadi 2 (dua), yaitu segmen *pertama* ibu dengan kehamilan yang pertama dan segmen *kedua* ibu dengan kehamilan yang selanjutnya (sudah pernah melahirkan).

Variasi paritas atau jumlah kehamilan, ibu dipilih sebagai dasar segmentasi dengan dasar pemikiran atau asumsi bahwa pada masa kehamilan pertama pola pengambilan keputusan tentang siapa tenaga penolong persalinan tidak hanya meliputi keluarga batih[1] saja, tetapi lebih banyak dipengaruhi oleh keluarga besar *(extended family[2])*. Sedang

[1] Keluarga batih adalah keluarga yang hanya terdiri atas suami, istri (suami atau istri) dan anak; keluarga inti; (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 2008)

[2] '*Extended Family'* atau 'Keluarga yang Diperluas' adalah sebuah

pada kehamilan berikutnya pola pengambilan keputusannya menjadi berbeda, karena si ibu sudah mempunyai pengalaman kehamilan sebelumnya, sehingga keputusan bisa dilakukan lebih cepat dan cukup hanya pada keluarga batih saja.

Targeting

Langkah selanjutnya adalah penilaian terhadap segmen yang telah ditetapkan dalam langkah sebelumnya. Segmen *pertama* (ibu dengan kehamilan pertama) dilakukan penilaian dengan memanfaatkan pendapat remaja putri dan tokoh agama/masyarakat dalam serial *focus group discussion* (FGD) yang berbeda. Segmen *kedua* (ibu dengan kehamilan kedua atau lebih), dilakukan penilaian dengan memanfaatkan pendapat ibu yang sudah pernah melahirkan dan tokoh agama/masyarakat dalam serial FGD yang berbeda pula.

Hasil penilaian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang berarti diantara dua segmen tersebut. Penilaian terhadap remaja putri dan ibu-ibu menunjukkan bahwa pendidikan telah mampu merubah perspektif perempuan Madura terhadap kebutuhannya pada pelayanan kehamilan, persalinan maupun nifas. Dalam FGD berkembang diskusi bahwa para perempuan Madura (remaja putri) telah lebih independen dalam menentukan sendiri tentang siapa yang akan menjadi penolong persalinannya nanti.

---

keluarga yang melampaui keluarga inti, yang terdiri dari kakek-nenek, bibi, paman, dan sepupu semua yang hidup dekat atau di rumah yang sama. Contohnya adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama suami atau orang tua istri (*International Encyclopedia of the Social Sciences*, 2008)

Pengambilan keputusan bisa dengan cepat diambil pada lingkup keluarga inti saja. Hal ini kemungkinan karena perempuan Madura saat ini (remaja putri peserta diskusi) telah mulai bisa mengenyam bangku sekolah sampai dengan tingkat menengah dan bahkan perguruan tinggi. Suatu hal yang jarang terjadi pada masa-masa sebelumnya.

> “... yaa, itu ya keputusan saya dan suami pak. Kalau melahirkan yaa ke bidan, kan lebih aman. Alat lebih lengkap ...” (R1-R9).

Meskipun demikian, tidak begitu saja berlaku untuk seluruh perempuan dan bahkan seluruh masyarakat Madura. Stereotipe bahwa masyarakat Madura mengesampingkan pendidikan masih terjadi pada beberapa keluarga Madura. Pada masyarakat Madura yang seperti ini pola pengambilan keputusan tidak hanya meliputi keluarga batih atau *extended*, bahkan menjadi lebih luas.

Luasnya proses pengambilan keputusan pada masyarakat Madura ini telah menjadi kajian dari beberapa athropolog yang berkonsentrasi pada budaya Madura. Konsep rujukan pengambilan keputusan pada masyarakat Madura yang lebih populer sebagai konsep *bhuppa’-bhabhu’-ghuru-rato* ini lebih berlaku pada masyarakat dengan tataran pendidikan rendah (Hefni, 2007; Syamsi, 2012; De Jonge, 1989; Wiyata, 2006, 2012; Kuntowijoyo, 1989). Berikut beberapa pendapat tokoh agama/masyarakat dalam diskusi penelitian ini.

> “Yang mengambil keputusan biasanya keluarga. Pengambilan keputusan dari sekeluarga *(sebini’)* mertua ... Tergantung bapaknya, kalau bapaknya ga ngerti ya tanya ke tokoh masyarakat atau tokoh agama ...” (T1, T6).

Bahkan secara ektsrem konsep *bhuppa'-bhabhu'-ghuru-rato* lebih tergambar pada pernyataan tokoh masyarakat yang berikut:

> "... kalau mereka ragu-ragu ya langsung saya bawa ke bidan atau puskesmas, karena kalau ada apa-apa saya juga yang ngurusi ...!" (T2, T6).

Positioning

Pada fase ini *positioning* Dukun Bayi lebih merupakan proses untuk merancang suatu citra atau nilai sehingga masyarakat memahami pelayanan yang ditawarkan Dukun Bayi dibandingkan dengan pelayanan Bidan. Dalam melakukan hal ini, Dinas Kesehatan sebagai pemasar menyampaikan pesan pada masyarakat dan mencoba membangun keunggulan kompetitif yang diharapkan bisa mengundang minat masyarakat (Sulaksana, 2008).

Positioning yang ditawarkan disusun dalam sebuah matrik berdasarkan hasil *assessment* yang dilakukan dalam serial *focus group discussion* bersama dengan tokoh masyarakat, ibu-ibu dan remaja putri di Kecamatan Robatal, Sampang. Secara detail *positioning* yang ditawarkan tersaji pada Tabel 6.2.

Tabel 6.2.
Positioning Jenis Pelayanan Dukun Bayi menurut Remaja Putri, Ibu-ibu dan Tokoh Masyarakat di Wilayah Puskesmas Robatal Tahun 2013

Jenis Pelayanan Dukun Bayi	Konsumen	
	Kehamilan ke-1	Kehamilan ke-2/lebih
Masa Kehamilan		
Deteksi Dini	√	√
Pemijatan	√	√
Membetulkan Letak Janin	√	√
Upacara *Pelet Kandhung*	√	√
Masa Persalinan		
Asisten Bidan	√	√
Masa Nifas		
Memandikan/merawat Bayi	√	√
Merawat Ibu Nifas	√	√
Pasca Nifas		
Aqiqah (potong rambut bayi)	√	√

Sumber : Data Primer

Keterangan : √ = berlaku
- = tidak berlaku

Peran dukun bayi dalam matrik *positioning* tersebut tidak menunjukkan perbedaan sama sekali antara dua segmen ibu hamil yang dilakukan *assessment.* Bahkan bisa dikatakan identik. Peran dukun bayi yang dipaparkan juga diuraikan secara spesifik pada jenis pelayanan yang diharapkan ada oleh masyarakat Robatal.

Positioning dukun bayi yang didapatkan dari hasil penelitian ini lebih merupakan upaya pendekatan kompromis. Pendekatan kompromis dengan perspektif etik dan perspektif emik. Berusaha tidak mempertentangkan keduanya, tetapi mengawinkan agar bisa terjadi sinergisme yang berujung pada tingkat keberhasilan sebuah kebijakan pelayanan kesehatan ibu pada tataran implementasinya.

Dengan upaya kompromis ini resistensi di level *grass root* sebagai sasaran kebijakan akan minimal. Tidak ada yang akan merasa sebagai di'kalah'kan. Dukun bayi akan *legowo* dengan modernisasi pelayanan kesehatan ibu, karena *toh* masih tetap andil dan terlibat di dalamnya. Masyarakat juga tidak kehilangan pelayanan yang sesuai dengan karakter budayanya. Petugas kesehatan pun bisa bernafas lega, karena upaya pelayanan kesehatannya tidak perlu menabrak tembok budaya yang sudah mengakar puluhan, ratusan dan bahkan ribuan tahun.

D. Pemasaran Sosial

Setelah *positioning* dukun bayi berhasil dirumuskan maka langkah selanjutnya adalah merumuskan pemasaran sosial dengan melalui strategi *marketing mix* (bauran pemasaran). *Marketing mix* terdiri atas 4 (empat) sekuen, yaitu produk/pelayanan *(product),* harga *(price),* tempat *(place),* dan promosi *(promotion)* (Kotler dan Lee, 2008).

Dalam merumuskan strategi pemasaran sosial dari *positioning* dukun bayi yang telah didapatkan tidak akan terlepas dari tujuan utama dari pelayanan persalinan, yaitu untuk menggeser dari persalinan yang ditolong oleh dukun

bayi ke pelayanan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan.

Strategi Produk/Layanan

Dalam pemasaran sosial, produk inti atau pelayanan adalah manfaat yang diinginkan dan diharapkan masyarakat dalam pertukaran untuk melakukan perilaku yang diharapkan. Produk layanan yang sebenarnya menggambarkan fitur dari produk layanan dasar, dan produk tambahan termasuk benda dan layanan tambahan untuk membantu melakukan perilaku atau meningkatkan daya tarik (Kotler dan Lee, 2009).

Secara aktual produk yang ditawarkan dalam pelayanan dukun bayi adalah pelayanan pendukung atau penyerta dalam proses 'kehamilan-persalinan-nifas-pasca nifas'. Secara detail produk inti layanan dukun bayi bisa dilihat pada tabel 6.2 tentang '*Positioning* Jenis Pelayanan Dukun bayi menurut Remaja Putri, Ibu-ibu dan Tokoh Masyarakat di Wilayah Puskesmas Robatal Tahun 2013'.

Produk layanan dukun bayi sendiri sudah memiliki *value* tersendiri di mata masyarakat sebagai layanan yang sangat humanis, layanan dari hati. Sebuah layanan yang dinilai lebih memanusiakan manusia. Hal ini menjadi nilai tambah dari produk layanan yang ditawarkan untuk *positioning* dukun bayi.

Strategi Harga

Harga menjadi jumlah biaya akan dibayar masyarakat untuk mengadopsi perilaku yang diinginkan dalam pertukaran untuk keuntungan yang dijanjikan. Kadang biaya ini sudah

terbentuk secara alami, seperti untuk barang dan jasa yang lebih nyata. Tetapi sebagian besar pemasar sosial 'menjual' perilaku yang membutuhkan sesuatu yang lain sebagai nilai tukar. Misalnya waktu, tenaga, energi, biaya psikologis, dan/atau ketidaknyamanan fisik (Kotler dan Lee, 2009).

Dalam pelayanan dukun bayi yang sudah berlangsung di masyarakat Robatal selama ini, tidak pernah ada tarif khusus yang telah ditentukan, atau biaya pelayanan yang disepakati antara dukun bayi dengan ibu hamil/bersalin/nifas. Dukun bayi hanya menerima dengan keikhlasan berapapun uang atau barang yang diberikan oleh ibu hamil/bersalin/nifas yang memanfaatkan pelayanannya.

Hasil wawancara mendalam dengan dukun bayi menyebutkan bahwa rata-rata yang diterima oleh dukun bayi untuk pelayanan pada masa kehamilan (misalnya pijat) adalah sebesar Rp5.000. Untuk pelayanan 'borongan' pada saat nifas sampai dengan pasca nifas (perawatan ibu dan memandikan bayi), biasa mendapatkan imbalan antara Rp10.000 sampai dengan Rp30.000 yang diberikan pada saat awal dan pada saat akhir ditambah dengan beras sebanyak satu kilogram.

Strategi Tempat Pelayanan

Pikirkanlah 'tempat' di mana dan kapan target pasar (ibu hamil) akan didorong untuk terlibat dalam perilaku yang dihendaki dan/atau untuk mengakses pelayanan dukun bayi yang ditawarkan. Tujuan dari strategi ini adalah untuk menjadikan pelayanan dukun bayi nyaman dan menyenangkan bagi ibu hamil, untuk mereka merasa terlibat dalam perilaku yang ditargetkan, dan mau mengakses layanan yang ditawarkan (Kotler & Lee, 2009).

Hasil *assessment* lapangan menyimpulkan bahwa hampir semua ibu hamil di wilayah penelitian di Madura menginginkan pelayanan di rumah. Untuk itu menjadi tantangan tersendiri bagi kita untuk menyediakan tempat yang se'nyaman' rumah. Pelayanan di rumah masih dirasa paling tepat oleh peneliti untuk semua pelayanan yang diberikan oleh dukun bayi, sambil mempersuasi bahwa persalinan harus dilakukan oleh bidan di tempat yang telah ditentukan.

Kondisi geografis Robatal dan masih banyaknya sudut wilayah ini yang hanya memiliki akses jalan setapak berupa jalan tanah, yang bila turun hujan tidak bisa dilalui, maka harus ada strategi lain. Pemerintah bisa menyediakan rumah singgah di ibu kota kecamatan atau yang dekat dengan fasilitas pelayanan persalinan. Langkah ini lebih dimungkinan daripada membentuk unit *mobile*, karena akses jalan yang sering kali tidak memungkinkan.

Strategi Promosi

Promosi adalah komunikasi persuasif untuk menyoroti manfaat layanan, fitur layanan, harga yang adil, dan kemudahan akses. Hal ini dimaksudkan untuk menginspirasi masyarakat agar memilih. Mengembangkan strategi komunikasi ini adalah sebuah proses yang dimulai dengan menentukan pesan utama, kemudian memilih pemasar dan elemen kreatif, dan terakhir adalah memilih media pemasarannya (Kotler dan Lee 2009).

Pesan-pesan kunci untuk promosi *positioning* dukun bayi ini harus jelas tercermin pada keyakinan akan tujuan

pengetahuan dan perilaku yang akan dituju. Pesan yang juga mencerminkan tujuan utama dari pelayanan kesehatan ibu dan anak yang berusaha menggeser persalinan dari dukun ke pelayanan bidan. Pesan utama yang diajukan penulis adalah:

“*Pelet Kandung* bersama DUKUN,
melahirkan bersama BIDAN”

“Melahirkan di BIDAN,
memandikan bayi bersama DUKUN BAYI”.

Bila kita melihat lokasi masyarakat Madura yang masih dukun *minded*, sering kali adalah mereka-mereka yang berada di lokasi kategori ‘pelosok’. Kategori jenis ini adalah yang akses transportasinya berupa jalan setapak yang masih berupa tanah, beberapa sudah *makadam*, jarak antar-rumah cukup berjauhan, beberapa di antaranya di dataran tinggi yang naik turun. Untuk masyarakat dengan lokasi jenis ini maka pemasar paling tepat adalah para pemberi pelayanan kesehatan ibu dan anak itu sendiri (dukun bayi dan bidan). Media promosi paling tepat adalah promosi oral. *Mouth to mouth. Getok tular.*

Untuk lokasi warga Madura yang berada di dataran yang relatif ramai, maka media promosi yang cukup tepat adalah baliho yang dipasang di tempat strategis semacam perempatan jalan dan daerah lain yang mudah dilihat orang. Media lain yang tidak kalah menarik adalah poster yang dipasang di Puskesmas, tempat praktik Bidan, Posyandu maupun tempat-tempat umum lainnya.

Berdasarkan pengamatan penulis, pesan yang ditulis dalam baliho ataupun poster harus lebih banyak memuat

gambar ilustrasi yang menggambarkan pesan yang diinginkan. Hal ini dinilai lebih sesuai dengan tingkat pemahaman masyarakat Madura dengan rata-rata tingkat pendidikan yang relatif rendah.

Selain itu, pesan yang ditulis dalam baliho dan/atau poster bisa dikembangkan dengan pemakaian Huruf Arab gundul (Huruf Arab tanpa *harakat* atau tanda baca). Hal ini didasarkan pada pengamatan peneliti yang sering kali menjumpai warga Madura yang dipersepsikan buta huruf (latin), tetapi ternyata mampu menulis catatan dengan huruf Arab. Untuk masyarakat Madura hal ini cukup lumrah, karena masyarakat Madura identik sebagai wilayah kaum Islam Orthodok, atau yang sering kali distereotipekan sebagai kaum NU, atau Islam tradisional.

Pada tahap ini, pemasaran sosial sebenarnya lebih merupakan saran atau rekomendasi untuk tindak lanjut atas apa yang menjadi temuan dari proses pengumpulan data di lapangan dan upaya pemaknaannya oleh peneliti. Tindak lanjut yang diharapkan adalah lahirnya sebuah kebijakan baru *positioning* dukun bayi pada pelayanan kesehatan ibu di Kabupaten Sampang dengan memerhatikan kemenangan pada semua pihak *(win-win solution)*, dengan tidak memaksakan hanya dari sisi kemauan pemerintah (Dinas Kesehatan) saja.

Pemasaran sosial yang dilakukan nantinya lebih merupakan langkah intervensi yang ditujukan untuk pembentukan 'perilaku yang diinginkan' atas pemenuhan kebutuhan masyarakat pada pelayanan kesehatan ibu, terutama pada masa kehamilan, persalinan dan nifas. Intervensi tersebut kemudian dikembangkan untuk fokus pada perilaku

tertentu yang tidak hanya berfokus pada penyampaian informasi, pengetahuan, sikap, dan keyakinan saja (French, 2011).

E. Penutup

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa *positioning* pelayanan kesehatan ibu yang diharapkan oleh masyarakat meliputi pada masa prakehamilan, kehamilan, persalinan, nifas, dan bahkan sampai pada masa lebih jauh lagi (proses upacara potong rambut).

Upaya *positioning* yang disusun menempel pada proses keseharian dan ritual masyarakat Sampang pada kesehatan ibu. Dengan harapan dukun bayi lebih bisa menempatkan diri atas kebijakan pelayanan kesehatan ibu yang telah ditetapkan pemerintah.

Daftar Pustaka

Andreasen, A.R., 1995. Marketing Social Change - Changing Behaviour to Promote Health, Social Development, and The Environment. Jssey – Bass Publishers, San Fransisco, Cal.

De Jonge, Huub, 1989. Agama, Kebudayaan, dan Ekonomi; Studi-studi Interdisipliner tentang Masyarakat Madura. Rajawali Press, Jakarta.

Etzel, Michael J., Bruce J. Walker, William J. Stanton, 1997. Marketing, 11th Edition. The McGraw-Hill Companies, Inc, New York.

French, Jeff, 2011. Social Marketing Concepts and Principles. Diunduh pada bulan Agustus 2012 pada www.strategic-social–marketing.org.

Hefni, M., 2007. BHUPPA'-BHÂBHU'-GHURU-RATO, Studi Konstruktivisme-Strukturalis tentang Hierarkhi Kepatuhan dalam Budaya Masyarakat Madura. KARSA, Vol. XI No. 1 April 2007.

International Encyclopedia of the Social Sciences, 2008. Family Extended. Diunduh pada 22 Oktober 2013 dari www.encyclopedia.com.

Kotler, Phillip & Nancy R. Lee, 2008. Social Marketing: Influencing Behaviors for Good. Sage.

Kotler, Phillip & Nancy R. Lee, 2009. Up and Out of Poverty, The Social Marketing Solution. Pearson Education, New Jersey.

Kottak, Conrad, 2006. Mirror for Humanity. McGraw Hill, New York.

Kuntowijoyo, 1989. Agama Islam dan Politik, Gerakan-gerakan Syarekat Islam Lokal di Madura, 1913 – 1920, dalam Agama, Kabudayaan dan Ekonomi; Studi-studi Interdisipliner tentang Masyarakat Madura. Penyunting, Huub de Jonge. Rajawali Pers, Jakarta.

Lee, Nancy R. & Philip Kotler, 2011. Social Marketing: Influencing Behaviors for Good. Sage.

Pike, Kenneth L., 1993. Talk, thought and thing: the emic road toward conscious knowledge. Summer institute of Linguistics, Dallas.

Pusat Bahasa Kementerian Pendidikan Nasional Republik Indonesia, 2008. Kamus Besar Bahasa Indonesia. Kementerian Pendidikan Nasional Republik Indonesia, Jakarta.

Sulaksana, Uyung, 2008. Positioning: Informasional Atau Transformasional. Diunduh pada bulan Agustus 2012 dari www.uyungs.wordpress.com.

Syamsi, Badrus, 2012. Stereotipe Orang Madura. Diunduh dari www.lontarmadura.com pada bulan Juli 2013.

Truss, Aiden, 2010. Jeff French, Clive Blair-Stevens, Dominic McVey, Rowena Merritt (editor). Social Marketing and Public Health: Theory and practice. Oxford University Press, Oxford.

Wiyata, Latief, 2006. Carok, Konflik kekerasan dan harga Diri Orang Madura. Edisi ke-dua. LKiS, Yogyakarta.

Wiyata, Latief, 2012. Mencari Madura. Bidik Phronesis Publishing, Jakarta.

Bab 7

BAB 7

Kesimpulan

Tim Peneliti

Berdasarkan semua yang telah dicapai dalam penelitian ini maka dapat disimpulkan bahwa masyarakat masih membutuhkan pelayanan dukun bayi. Dukun bayi sendiri masih merupakan bagian tak terpisahkan dalam segi kehidupan masyarakat Sampang. Dukun bayi merupakan bagian dari budaya pelayanan kesehatan ibu yang tidak bisa serta merta digantikan begitu saja dengan kebijakan pelayanan kesehatan 'modern'.

Dengan telah diselesaikannya proses pengumpulan data sampai dengan proses pemaknaan serta rekomendasi strategi pemasaran sosialnya, maka keinginan agar hasil penelitian ini menjadi sesuatu yang *applicable,* sangat diharapkan. Harapan untuk lahirnya kebijakan kesehatan pelayanan ibu yang lebih humanis, yang dapat menjadi pemicu bagi kelahiran kebijakan-kebijakan lainnya dengan napas yang sama.

Bola sudah diumpan lambung, penyelesaian selanjutnya untuk menghasilkan gol tergantung pada akselerasi dari kemampuan sang *striker.* Dinas Kesehatan menjadi aktor kunci untuk keberhasilan selanjutnya. Meski tidak dengan menafikan aktor-aktor lapangan lainnya.